

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE SOBRECARGA
EN EL CUIDADOR INFORMAL DE LA PERSONA CON ALZHEIMER.
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2013

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería

AUTORES:

Bach. EDWARD CLEYMER CHACÓN ROSADO

Bach. LUCERO NATALÍ VALVERDE DE LA CRUZ.

ASESORA:

MSc. Enf. FLOR EMPERATRIZ CUEVA LOYOLA

TRUJILLO – PERÚ
2014

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE SOBRECARGA
EN EL CUIDADOR INFORMAL DE LA PERSONA CON ALZHEIMER.
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2013

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería

AUTORES:

Bach. EDWARD CLEYMER CHACÓN ROSADO
Bach. LUCERO NATALÍ VALVERDE DE LA CRUZ.

ASESORA:

MSc. Enf. FLOR EMPERATRIZ CUEVA LOYOLA

TRUJILLO – PERÚ

2014

DEDICATORIA

*A **Dios** por darme la vida, estar a mi lado en cada momento, darme la fortaleza de levantarme en cada tropiezo y seguir adelante, permitiéndome cumplir y alcanzar mis metas trazadas.*

*A mis amados padres **Pablo y Esperanza**, de quienes les estoy enormemente agradecido por su apoyo incondicional, paciencia y gracias a ellos soy lo que soy.*

*A mi **Mateo D'Alessandro y Lucerito** mi nueva familia gracias por estar ahí siempre conmigo, los amo.*

EDWARD

DEDICATORIA

*A **Dios** por darme la vida, la salud y la fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer. Gracias por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.*

*A mis madres: **Juanita y Yolanda**, por hacer todo en esta vida para lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. A Uds., por siempre mi eterno agradecimiento.*

*A **Mateo D'Alessandro y Edward**, ahora mis principales motores. Gracias por acompañarme en este arduo camino y compartir su vida conmigo. Los adoro*

LUCERO

AGRADECIMIENTO

*A nuestra querida asesora **MSc. Flor Cueva Loyola**, quien nos orientó durante toda la elaboración del presente estudio de investigación, especialmente por sus consejos durante todo este tiempo, y sobre todo por su paciencia y dedicación para cada uno de nosotros.*

Agradecemos al Dr. Víctor Peralta Chávez por su apoyo incondicional y motivación constante.

Al personal médico y técnico del consultorio externo de Neurología y al personal de Estadística del Hospital Regional Docente de Trujillo. A los cuidadores informales por su tiempo y colaboración para el logro del presente estudio de investigación.

EDWARD Y LUCERO

TABLA DE CONTENIDO

	Página
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	iii
TABLA DE CONTENIDO	iv
LISTA DE TABLAS	v
LISTA DE GRAFICOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIAL Y METODOS	26
III. RESULTADOS	38
IV. DISCUSIÓN.....	47
V. CONCLUSIONES.....	54
VI. RECOMENDACIONES.....	55
VII. BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1:	
Distribución de las estrategias de afrontamiento de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.....	39
 TABLA N° 2:	
Distribución del Nivel de Sobrecarga de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.....	41
 TABLA N°3:	
Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.....	43
 TABLA N°4:	
Distribución de Cuidadores Informales de la persona con Alzheimer, según sexo, grupo de edad Adulta, parentesco, grado de Instrucción y tiempo de cuidado; Hospital Regional Docente De Trujillo 2013.....	45

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1:	
Distribución de las estrategias de afrontamiento de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.....	40
 GRÁFICO N°2:	
Distribución del Nivel de Sobrecarga de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.....	42
 GRÁFICO N°3:	
Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente De Trujillo 2013.....	44
 GRAFICO N°4:	
Distribución de Cuidadores Informales de la persona con Alzheimer, según sexo, grupo de edad Adulta, parentesco, grado de Instrucción y tiempo de cuidado; Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.....	46

RESUMEN

La presente investigación de tipo correlacional y de corte transversal, se realizó con la finalidad de determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del cuidador informal de la persona con Alzheimer. La población de estudio estuvo conformada por 40 cuidadores informales. Se aplicaron 2 instrumentos: uno para identificar las estrategias de afrontamiento y el segundo para identificar el nivel de sobrecarga del cuidador informal. Se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: Resolución de Problemas 87.5%, Pensamiento Desiderativo 87.5%, y Reestructuración Cognitiva 80%. En relación a la sobrecarga, se evidenció que el 40% presenta sobrecarga leve, 32,5% no sobrecarga y 27,5% sobrecarga intensa. Existe una relación significativa entre Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga.

Palabras Claves: Cuidador Informal – Estrategias de Afrontamiento – Paciente con Alzheimer – Sobrecarga.

ABSTRACT

This research correlational and cross-sectional, was conducted in order to determine the relationship between coping strategies and level of overload informal caregiver of the person with Alzheimer's. The study population consisted of 40 informal caregivers. 2 instruments were applied: one to identify the coping strategies and the second to identify the level of informal caregiver overload. We found that the most used strategies are coping: Troubleshooting 87.5%, 87.5% Desiderative Thinking and Cognitive Restructuring 80%. Regarding overload, we found that 40% have mild overload, not overload 32.5% and 27.5% greater burden. There is a significant relationship between Coping Strategies and Overload level

Keywords: Informal Caregiver - Coping Strategies - Alzheimer's Patient - Overload

I.INTRODUCCION

La Enfermedad de Alzheimer tiene una gran trascendencia social principalmente porque el entorno del paciente sufre con él y por los elevados costos que conlleva. Así mismo no hay que olvidar el impacto que produce en la sociedad el conocer el fatal desenlace de la enfermedad, el desconocimiento de los factores de riesgo, el saber que el margen de prevención es muy reducido y el rápido aumento de la incidencia (13) (35).

Aunque hace algunos años ya se profetizaba la trascendencia futura del impacto social y de la mortalidad que la enfermedad de Alzheimer produce, hoy en día, junto al Sida, el cáncer y las enfermedades cardio cerebrovasculares, es uno de los principales causantes del gasto sanitario y de mayor campo de investigación (53).

El número de personas con demencia a nivel mundial crece rápidamente, y se pronostica que en sólo 25 años, 34 millones de personas la padecerán. La cifra cobra significado cuando se coloca en el contexto del incremento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población en países en desarrollo. El 66% (11 millones) de las personas con demencia vive en países en desarrollo y para el 2025, esta cifra se elevará hasta el 75% (24 millones). Las enfermedades demenciales en general, afectan entre 18 y 22 millones de personas a nivel mundial. Esta cifra llegará a 40 millones de personas en el año 2025, fecha para la cual, la población mayor de 65 años se duplicará de 390 millones a 800 (20) (22).

De acuerdo con la Asociación de Alzheimer de Estados Unidos, más de 5 millones de estadounidenses viven actualmente con la enfermedad, y expertos predicen que tanto como 16 millones la padecerán en el

2050. Una de cada tres personas de edad avanzada que muere anualmente tiene algún tipo de demencia, incluyendo Alzheimer. El Alzheimer es la sexta causa de muerte de la población general y la quinta para aquellas personas de 65 años o más (22).

La enfermedad de Alzheimer, es un síndrome neurodegenerativo progresivo e irreversible, que atacan a las neuronas y se caracteriza por un declive en el funcionamiento intelectual que abarca funciones como la memoria, lenguaje, las praxias, las gnosias, y las funciones ejecutivas. En 1 a 10% de los casos, su inicio ocurre en la madurez. Sin embargo lo que hace que esta demencia tenga un gran impacto en el sistema sanitario y la sociedad es aún la falta de tratamiento curativo y la carga que representa para los familiares, que en la mayor parte de los casos se encarga de la supervisión, asistencia y cuidados que requieren estos enfermos; ocasionando una sobrecarga física y psicológica en el cuidador y sobretodo disfunción familiar (7) (9).

El Alzheimer se manifiesta de maneras diferentes de una persona a otra. Martínez (2009), define al Alzheimer en 3 fases: Inicial, Intermedia y Avanzada; según que la progresión de la muerte neuronal produzca efectos en la memoria, en el pensamiento, y en la capacidad del paciente para atender sus necesidades. Pero en algunas bibliografías mencionan 4 fases, la última es denominada como fase terminal, determinada por la inmovilidad total, el mutismo y las alteraciones de la deglución que ocasionan múltiples problemas nutricionales y respiratorios que pueden llevar a la muerte (35).

La mayor parte de ancianos con demencia viven en su casa y son cuidados por sus familiares incluso en estadios avanzados de la enfermedad. La demencia genera una situación de crisis familiar por desorganización, que exige un gran esfuerzo adaptativo a cada núcleo familiar. El grado de organización dependerá de la cohesión previa de la

familia, los niveles de afecto que sobre ella graviten y las funciones que desempeñan los parientes en los diferentes órdenes del funcionamiento familiar (48).

La familia es el pilar básico de la atención a sus integrantes o miembros. El impacto de la enfermedad sobre la familia, es un hecho incuestionable. En este contexto la enfermedad de Alzheimer es un problema de toda la familia, porque genera angustia permanente al presenciar cómo se deteriora lentamente un ser querido. Aunque las consecuencias de la enfermedad recaen sobre toda la familia, generalmente es una sola persona la que asume la responsabilidad de los cuidados, a pesar que pueda recibir ayudas puntuales en mayor o menor grado de otros miembros de la familia (6) (22).

Para valorar adecuadamente el impacto familiar y personal del hecho de cuidar debemos considerar que se trata de una patología neurológica crónica, incurable y degenerativa es decir cuyos síntomas siempre irán a peor y tendentes a la invalidez funcional de la persona con Alzheimer, por lo que cada vez es mayor la dependencia de sus cuidadores y exige una dedicación más exclusiva (51).

El cuidador de un enfermo con Alzheimer, denominado como: Informal, o cuidador familiar, es esa persona que atiende a una persona dependiente en su vida diaria. Las características y el grado de dependencia de la persona afectada condicionarán y delimitarán los distintos tipos de ayudas que precisa: ayudas en la vida diaria, ayudas instrumentales y/o ayudas de acompañamiento. El cuidador informal se ve sometido a numerosas situaciones estresantes como consecuencia de su labor (58).

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), los cuidadores de enfermos de Alzheimer dedican a su familiar una media

de 6,8 horas al día los 7 días de la semana y de estas 6,8 horas diarias pasan casi 3 horas y media en la supervisión de los trastornos de la conducta y a la vigilancia del familiar para prevenir la aparición de situaciones peligrosas como los accidentes domésticos o las caídas (5).

En España, el cuidador de un enfermo de Alzheimer suele ser: hija (60%) o cónyuge (30%), quien generalmente actúa sólo, mayormente son pocos los casos donde la familia trabaje realmente "en equipo" a la hora de cuidar al enfermo. Este cuidador informal va asumiendo paulatinamente la mayor parte de las tareas del cuidado, hasta llegar a dedicarse las 24 horas al día a esta labor, repercutiendo en su calidad de vida; por tanto los cuidadores del enfermo son víctimas de la enfermedad (24).

Torrealba (2012) asevera que los estudios realizados en los últimos veinte años permiten afirmar que "el cuidador informal se ve expuesto a una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas emocionales, especialmente ansiedad y depresión". También se han documentado los disturbios relacionados con el sueño e índices elevados de sobrecarga tanto en el cuidador como en la persona con Alzheimer (58).

En Canadá, el 9,6% de la población presta ayuda a individuos afectados por alguna enfermedad crónica o discapacidad. Además, un estudio promovido por el gobierno canadiense en el año 2002 para establecer el perfil de los cuidadores informales estableció que el 4% de los adultos estaba proporcionando cuidados a un miembro de la familia que padecía una discapacidad mental o física o con una enfermedad crónica o debilitante (49).

Cabe destacar que en América Latina la persona que tiene un familiar con enfermedad crónica se ve en la necesidad de desempeñarse

como cuidador, pero ellos no cuentan con la orientación necesaria para brindar una mejor calidad de vida durante todo el proceso de la enfermedad. Sin embargo se ha documentado de manera importante una deficiente habilidad de cuidado entre los cuidadores, pero también se han identificado en ellos fortalezas diferentes a las de otras latitudes, que pueden apoyar el servicio requerido como la disponibilidad de soporte social para los cuidadores (60).

En Perú (2009), según el Ministerio de Salud el 10% de la población adulta mayor padece el llamado mal de Alzheimer, dolencia que representa el 70 % de todas las demencias seniles, mientras que el 20% son demencias multinfartos y el 10% son demencias con diversas causas. Según estadísticas brindadas por el neurólogo del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Danilo Sánchez Coronel, el 1% de la población de 60 años padece Alzheimer, en los adultos mayores de 60 a 65 años es el 2%; mientras que en los mayores de 65 años a 70 es del 4%; porcentaje que sube a 8% si es mayor de 70 años; en tanto que en los mayores de 75 años llega al 16% (37)

Actualmente existen 14 países, que han elaborado un plan nacional propio contra el Alzheimer. El último país en crear un Plan Nacional contra el Alzheimer y otras demencias es Perú, a cargo del Ministerio de Salud. Los objetivos que se reflejan en el 2º artículo de la Ley que crea este Plan Nacional (publicada el 13 de mayo de 2013) son: Prevención, Investigación, garantizar el acceso a un protocolo de evaluación que facilite el diagnóstico y un plan de tratamiento y rehabilitación, garantizar el derecho a una vida digna, fomentar campañas para la detección temprana, promover la formación de profesionales, crear y fortalecer un sistema nacional de centros de atención integral tanto para pacientes como para cuidadores y familiares (4) (27).

El cuidado de un enfermo con Alzheimer, hace necesario que habitualmente uno de los miembros de la familia se haga cargo y responsabilice de su cuidado y atención durante todo el transcurso de la enfermedad. La vida del cuidador cambia radicalmente como consecuencia de la demanda de adaptación requerida. Su nueva responsabilidad induce una profunda transformación de su forma y calidad de vida, ya que nadie está preparado para vivir 24 horas al día con una persona que se deteriora irremediabilmente día a día (17).

Los familiares no necesariamente se reconocen ni se describen a sí mismos como cuidadores; son esposos, hijas (os) o nueras que en un momento dado tienen que asumir la mayor parte de la responsabilidad del cuidado del paciente que requiere de apoyo especial y frecuente, ya que se ha perdido la capacidad de cuidarse a sí mismo parcial o totalmente. Hoy en día el cuidador suele ser siempre la mujer, y más aún, cuando las personas a cuidar sufren un alto grado de dependencia, son las mujeres, en su doble condición de mujer e hija, las que asumen la máxima responsabilidad del cuidado. El cuidado que brindan interfiere en la vida cotidiana de las mujeres y las sume en un riesgo mayor de padecer consecuencias negativas (51) (54).

Sin embargo, se ha demostrado que cuando media un vínculo de afecto intenso entre la persona con Alzheimer y quien la cuida, aumenta el riesgo de que esta última padezca síntomas como estrés crónico, ansiedad crónica y depresión y lo más temido de todo es que está predispuesta a sufrir Alzheimer. Muchos cuidadores se auto convencen de que son insustituibles y de que si no están ellos, el paciente sufrirá y se alterará, de tal manera que el cuidador empezará a manejar del mejor modo posible las demandas y/o necesidades del cuidado de la persona con Alzheimer y sus propias demandas internas, es decir, pondrá en marcha sus estrategias de afrontamiento para brindar un mejor cuidado. (32).

Flórez y Andeva (2006), citado por Turro, define al cuidado como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus relaciones sociales”. A partir de esta definición general de cuidador, se impone la diferenciación del cuidador directo, en la bibliografía se encuentran términos como cuidador informal y formal, por un lado, o cuidador profesional y no profesional (59).

El cuidador informal es una pieza clave en el proceso de salud-enfermedad del paciente y un elemento indispensable para las instituciones sanitarias, ya que completan los objetivos de salud. No dispone de capacitación, no es remunerado y tiene un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios (58).

El convertirse en cuidador de una persona con Alzheimer generará profundas reacciones afectivas y emocionales. La principal consecuencia que engloba al cuidador informal, es el llamado “sentimiento de carga” o “sobrecarga”, y al cuidador formal el “sentimiento de estar quemado” o Síndrome de Burnout. La presencia de los trastornos conductuales: alucinaciones, delirios, agresividad y vagabundeo, son los principales síntomas que más afectan y sobrecarga al cuidador (23) (46).

El cuidador informal va perdiendo paulatinamente su independencia, ya que el enfermo de Alzheimer cada día se vuelve más dependiente. El cuidador se desatiende de sí mismo, no dedica el tiempo libre necesario para su ocio, abandona aficiones, etc.; ocasionando un cambio radical en su modo de vida y el desgaste que provoca ver cómo un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y mentales. A la vez los sentimientos que el cuidador puede sentir como consecuencia

del paso de la enfermedad son múltiples y variados: impotencia, cólera, resentimiento, sentimientos de culpa, vergüenza, soledad, negación (1) (41) (50).

El término carga ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores. Grad y Sainsbury, citados por Cano G; introdujeron en 1963 el término carga, para referirse al impacto que produce el cuidado de familiares mentalmente enfermos en sus cuidadores. Esta carga del cuidador fue definida como “el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar el cuidador” (10).

Zarit y Toseland (1989), identificaron a la carga generada por la provisión de cuidados como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador”. Así como la definición de George y Gwyther (1986) citado por Espín, que entienden la carga como “la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro” (62) (19).

Roig, Abéngozar y Serra (1998) definen la sobrecarga como el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo. Este concepto se puede definir según la percepción y evaluación de los cuidadores acerca de las labores que realizan y de la posible influencia que tienen estas en el bienestar personal, de la misma forma experimentando el conflicto de su rol en lo que implica la tarea del cuidador y la evolución de la enfermedad (52).

La sobrecarga experimentada por el cuidador informal puede dividirse en dos vertientes: la primera sería la sobrecarga objetiva, que se debe al desempeño de las tareas de cuidado, por ejemplo: asear al enfermo y darle de comer. Y la sobrecarga subjetiva, corresponde al plano de los sentimientos y emociones que provocan dicha labor de cuidado. Asimismo, Montgomery citado por Sánchez, dice que la carga subjetiva, también llamada tensión, haría referencia a las actitudes y a la reacción emocional del cuidador ante el desarrollo del cuidado, como por ejemplo, la moral baja o un estado de ánimo desmoralizado, ansiedad y depresión; mientras que la carga objetiva está relacionada con la dedicación al desempeño del rol de cuidador (52) (55).

La enfermedad de Alzheimer, por ser de avance progresivo en el deterioro de las capacidades de los pacientes, su grado de dependencia también se incrementará, aspecto que repercutirá directamente en las necesidades físico – energético del cuidador. Se señala que conforme el deterioro avanza, el cuidador directo presenta mayor riesgo de sufrir problemas orgánicos y fisiológicos, tales como trastornos y dolores osteomusculares, patologías cardiovasculares, etc. Sin embargo, muchos de ellos no acuden a consultas médicas, ni realizan hábitos saludables, como dormir lo suficiente o alimentarse en forma adecuada, empeorando su salud y calidad de vida. (44)

Para medir la Carga del Cuidador, Zarit elaboró una escala en formato de 29 ítems. Actualmente se dispone de una versión validada en población española, además de un estudio de la validez de constructo y del análisis factorial, desarrollado por Martín y cols (1996), que consta de 22 ítems, e incluye ítems sobre los sentimientos de las personas cuidadoras respecto a su relación con los receptores del cuidado y el impacto que la asistencia tiene sobre su salud, su economía, su vida social y sus relaciones interpersonales, por lo que esta escala mide el

riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar (62) (34).

Ante situaciones que requieren la respuesta del individuo como sucede en la problemática de la convivencia diaria con un enfermo con Alzheimer, los cuidadores informales necesitan poner en marcha sus recursos personales, que pueden ser tanto cognitivos como conductuales, con el fin de resolver la situación. Por eso, es necesario conocer los modelos explicativos del estrés y del afrontamiento (49).

Es importante destacar, que el estudio del afrontamiento, se produjo con la revolución cognitiva específicamente a partir de los trabajos de Lazarus (1966), en el cual, en concordancia con el paradigma que prevalecía en esa época, el autor plantea su teoría relacional del estrés, como proceso propio de evaluación y afrontamiento de situaciones, asimismo, después de varias décadas de investigación el modelo ha revelado su viabilidad para comprender como las personas manejan los estresores que se encuentran en su vida (10).

La mayoría de los modelos conceptuales utilizados para explicar la acción del estrés en el cuidador están basados en el marco teórico aportado por Lazarus y Folkman (1984), donde el estrés es el resultado de la interacción entre los individuos y su ambiente, siendo de vital importancia la interpretación individual y personal de los estresores potenciales. Así la idea principal consiste en que las demandas de cuidado no son estresantes en sí mismas, sino que es la evaluación que hace el sujeto de la situación y de sus recursos personales y sociales lo que hace que el cuidado sea percibido como una sobrecarga. A estos modelos teóricos que se basan en esta idea principal se les denomina modelos o teorías de estrés y afrontamiento (14).

Turro (2006) señala que existen diversos autores que propusieron una serie de modelos para comprender las consecuencias de la labor que desempeñan los cuidadores de personas que se encuentran en una situación de dependencia, comenzando por McCubbin y Patterson (1983), quienes fueron los primeros en proponer el Modelo Doble de ABCX, Modelo transaccional adaptado al cuidado de Lazarus y Folkman (1984) y el Modelo de estrés aplicado al cuidado de Pearlin et al (1990) (59).

El modelo de estrés aplicado al cuidado, propuesto por Pearlin et al (1990), engloba de manera esquemática las relaciones entre los antecedentes del contexto del cuidador (características socioeconómicas, historia y relaciones del cuidador), los estresores primarios (deterioro cognitivo, funcional y conductual del paciente), así como la sobrecarga y privación relacional del cuidador frente al paciente, los estresores secundarios (tensión psicológica y por ejercicio de rol), los mediadores (el afrontamiento y apoyo social) y finalmente el impacto del estrés sobre la salud del cuidador (2).

La teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984); se basa en tres aspectos básicos: la definición del estrés, la valoración cognitiva y el afrontamiento. El afrontamiento nace de la percepción de una determinada situación como amenaza, daño o desafío y de la autoevaluación de las propias capacidades de gestión de dicha situación, como respuesta a dichas valoraciones y como ejecución de una reacción concreta ante una situación potencialmente estresante. Estos autores definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos de los individuos (31) (14) (2).

Asimismo, el modelo transaccional esparce la notabilidad de los factores psicológicos (cognitivos y conductuales) que intervienen entre estímulos y respuestas. Es decir, en las dimensiones básicas de valoración cognitiva y afrontamiento, ambos como los mediadores de las reacciones del estrés a corto, medio y largo plazo. En tal sentido, el modelo transaccional plantea que el impacto del cuidar puede elevarse o disminuirse por las variables mediadoras como el afrontamiento y el apoyo social (61).

El modelo de Lazarus y Folkman (1984), es el más adaptado a la situación de cuidado. Pues se considera que atender a una persona con dependencia es un importante estresor para los cuidadores familiares, ya que estos se ven afectados a nivel físico, mental y social, aunque dicho efecto es mediado por los recursos de afrontamiento y apoyo social (61).

No obstante, al considerar el cuidado como un evento vital estresante, tanto la familia en su conjunto, como las personas que asumen el rol de cuidar a la persona con Alzheimer, perciben graves consecuencias físicas y psicosociales de importancia, de igual forma algunos aspectos positivos, como los sentimientos de satisfacción (55).

Autores como Everly y Latting (1989) definen al afrontamiento “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. Asimismo, Frydenberg y Lewis (1997) citados por Martin M., definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas” (21) (33).

Centrándonos en el proceso de afrontamiento, se han elaborado dos conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: los estilos de afrontamiento y las estrategias de

afrontamiento. Por todo ello es preciso diferenciar entre estilos y estrategias de afrontamiento.

Fernández y Abascal (1997) citados por Martín, realizan una distinción entre estilos y estrategias. Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (33).

Por otro lado, Muela, Torres y Peláez (2001), explican una de las clasificaciones más empleadas en la literatura, la cual, divide los estilos de afrontamiento en: centrados en el problema y centrados en la emoción. El primero se refiere a los intentos que realiza el cuidador por controlar las situaciones problemáticas que se plantean a través de alguna acción directa, solventando las dificultades a través de la toma de decisiones, búsqueda de información, entre otros. Mientras que, el afrontamiento centrado en la emoción, por el contrario se utiliza para controlar y disminuir las emociones negativas consecuentes al estrés (42).

Sin embargo, Pelechano (2005), quien es uno de los autores que metódicamente ha investigado el proceso de afrontamiento en España, considera que ambos conceptos no son contrapuestos sino complementarios, refiriéndose de este modo, al estilo de afrontamiento como las formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento son las acciones más específicas (47).

Existen en realidad muchas estrategias de afrontamiento que puede manejar un cuidador. El uso de unas u otras estrategias en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (14).

De este modo, la explicación que se asume como la más adecuada de acuerdo a los fines de este estudio, es la definición propuesta por Lazarus y Folkman (1984), la misma considera que el afrontamiento corresponde a los aspectos tanto cognitivos y conductuales a la hora de hacer frente a una situación de estrés, es decir, cómo el individuo se maneja ante las demandas de los sucesos estresores. Finalmente, se puede indicar que la situación que posee el cuidador informal representa una problemática que involucra la atención a personas con alguna enfermedad crónica, por lo que se verá en la obligación de poner en marcha recursos personales que pueden ser tanto cognitivos, como conductuales, a fin de resolver las situaciones (15).

Folkman y Moskowitz (2004), citado por Cano, plantean dos etapas históricas en la evaluación de las estrategias de afrontamiento. En un primer momento apareció la valoración cuantitativa, que se realiza mediante las escalas de comprobación, escalas de clasificación, cuestionarios e inventarios psicométricos. El cuidador describía la situación estresante y calificaba según una escala dicotómica o tipo Likert elementos referidos a acciones de afrontamiento. Todas ellas derivan de la Escala de Modos de Afrontamiento, destacando el COPE, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), el Indicador de Estrategias de Afrontamiento y el Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes (10).

La evaluación cuantitativa presenta inconvenientes, tales como recordar la situación estresante o relatarla de forma inmediata, la excesiva longitud de los instrumentos, la confusión del afrontamiento con sus resultados o la necesaria restricción del número de estrategias de afrontamiento contempladas. Sin embargo, en un segundo momento, para poder subsanar estas deficiencias, se ha empezado a utilizar procedimientos cualitativos, como el análisis narrativo, que permite profundizar en el significado individual de la situación, aclarar que estresor se está afrontando o descubrir nuevas formas de afrontamiento no previstas en los cuestionarios (10).

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento, adecuadamente aplicado, nos va a permitir resolver la mayoría de dificultades mencionadas en el párrafo anterior. Este instrumento recoge dos tipos de información: cualitativa, porque la persona describe la situación estresante; y cuantitativa, donde se responde a la frecuencia de utilización de determinadas estrategias según una escala de Likert (10).

En el presente estudio de investigación se trabajó con la adaptación al español del Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Cano y cols. (2007), cuya versión inglesa es de Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989). En la versión original, Tobin y cols. (1989) encuentran 72 ítems y reportan ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios. Además, agregan que sus resultados apoyan los constructos de afrontamiento dirigido al problema y de afrontamiento dirigido a la emoción propuesto por Folkman, Lazarus, Gruen y Delongis (1986), además de otros, como el constructo de evitación, que se ha reportado de manera consistente en la investigación. La adaptación de Cano y cols. (2007) queda así con 40 ítems, y sus autores encuentran la misma estructura de ocho escalas primarias (57) (44).

Existen diversas investigaciones que estudian, las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del cuidador informal de la persona con Alzheimer, con diversos resultados y evidencias científicas que demuestran la repercusión de esta enfermedad en la vida del cuidador.

ARTASO, Begoña; GOÑI, Arantxa y BIURRUN, Arantxa (2003). En España, investigaron: “Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares”. Se estudiaron 80 cuidadoras, 40 pacientes que acudían a un centro de día psicogeriátrico y 40 pacientes que permanecían en su domicilio. Los resultados muestran que: el 79% de las cuidadoras sufrían una sobrecarga intensa. La sobrecarga se veía determinada por la mayor presencia de alteraciones neuropsiquiátricas, el menor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento «huida-evitación», que explicaban el 41% de la variabilidad en la sobrecarga (7).

MOLINA, J. e IÑÉZ M. (2006). En España, estudió: “Cuidadores informales de enfermos de Alzheimer: factores influyentes en la sobrecarga”. La muestra estuvo formada por 9 hombres y 37 mujeres, de edades comprendidas entre los 25 y 75 años, con una edad media de 51,5 años y desviación típica de 13,56, de diferentes niveles educativos y situación laboral. Los resultados indican que experimentaron mayor sobrecarga los cuidadores que son hombres, jóvenes, con estudios superiores, trabajan fuera del hogar, sin cónyuge, sin hijos a su cargo y con altos valores de ansiedad estado y ansiedad rasgo. El 77,5% de la varianza de la sobrecarga se explica por el conjunto de variables estudiadas (39).

RUIZ, Begoña; DE LORENZA, Elena y BASURTO, Salomé (2006). España. El estudio estuvo compuesto por 6 cuidadoras entre 45 y 55 años. El objetivo fue desvelar las estrategias e instrumentos que han servido de ayuda a las cuidadoras para afrontar la exigencia del cuidado

de un familiar mayor con Alzheimer. Los resultados muestran que dar respuesta a la actividad laboral y cuidadora les lleva a atravesar situaciones angustiosas, perciben pérdida de control, produciéndoles un alto grado de estrés. Ante esta situación las cuidadoras ponen en marcha estrategias cognitivas y conductuales como: la búsqueda de apoyo, la búsqueda de información, la distracción, la resolución de problemas y la reevaluación. Todas estas estrategias de afrontamiento les conducen a una mayor competencia para cuidar del familiar mayor, un mayor control de la situación, una mejor asimilación del proceso y a un mejor ajuste social, en definitiva a un afrontamiento positivo ante esta situación complicada, difícil y estresante (55).

MATEO, Inmaculada; MILLÁN, Almudena; GARCÍA, Maria; GUTIÉRREZ, Pilar; GONZALO, Elena; y LÓPEZ, Luis. (2008). En España, investigaron: “Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar”. El estudio se realizó con 72 cuidadores principales de alguna persona con enfermedad neurodegenerativa. Concluyó que: Las personas con enfermedad neurodegenerativa presentan una importante demanda de cuidados de atención a la salud, que en gran parte es cubierta en el hogar por su red familiar inmediata. En la mayoría de los casos esta red se halla configurada por una sola persona, la cuidadora principal, sobre la que recae toda la carga de los cuidados. Para un importante grupo de cuidadoras, asumir este rol afecta de forma directa a su salud, así como a otras áreas de su vida y, en especial, a sus posibilidades de tener relaciones sociales y de usar el tiempo para sí mismas o para otras actividades diferentes a cuidar (36).

NAVARRO, Angustias. (2010). En España, investigó: Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de Afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla”. Participaron 23 cuidadores de personas mayores

dependientes. Los resultados fueron que la mayoría de los cuidadores son mujeres 86.96%, con estudios de educación básica, y que un 92.86% no tienen ayuda. En relación con la sobrecarga encontraron que el 8.70% presentó sobrecarga intensa, el 65.22% presentó carga leve y el 26.09% no presentaba carga. Asimismo se encontró una significación estadística de la extroversión, el neuroticismo, el disimulo – conformidad, la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento (45).

PEREZ, Víctor y DE LA VEGA, Tatiana. (2009). En Cuba, investigaron: "Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales en el policlínico "Ana Betancourt". La muestra estuvo compuesta por 36 cuidadores de pacientes diagnosticados con demencia y enfermedad de Alzheimer. Concluyeron que los cuidadores primordiales eran en su mayoría féminas, hijas del paciente, en la quinta década de la vida, amas de casa, divorciadas y con un nivel de escolaridad de preuniversitario. El principal motivo de consulta de los cuidadores fue solicitar ayuda profesional para controlar los síntomas no cognitivos de la enfermedad. El cuidador dedica alrededor de 13 h diarias al cuidado del paciente que sufre de demencia, la mayor parte en la supervisión y vigilancia. Se encontró marcada afectación psicológica en el 64 % de los cuidadores. El nivel de sobrecarga o estrés en la población de cuidadores estudiada resultó elevado (49).

ESPÍN, Ana. (2010). En Cuba, investigó: "Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia". Estudio analítico de corte transversal en 192 cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Los resultados fueron que se encontró un 52,1% de cuidadores con carga y un 47,9% que no presentó carga. Además se observa que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores fueron: centrada en el problema en un 47,9%, y el 10.4% utilizaba solamente la estrategia centrada en las emociones. Existió un 41,7% que utilizaba ambos tipos

de estrategias en función de las situaciones que se les iban presentando (19).

JOFRÉ, Viviane y SANHUEZA, Olivia. (2010). En Chile, realizaron un estudio con el objetivo de establecer la sobrecarga derivada de la tarea de cuidar de los cuidadores informales y los factores asociados a ella. La muestra fue de 156 cuidadores. Los resultados son compatibles con la mayoría de los estudios respecto de las características de las/los cuidadoras/es informales: mujer entre 54 y 65 años de edad, hija, esposa y/o madre, que cuida más de 8 horas diarias a su familiar y realiza esta tarea desde hace más de 6 años, que no ha recibido la formación para los diferentes cuidados que otorga y que presenta niveles moderados de sobrecarga. Es posible establecer algunos parámetros predictivos de sobrecarga, cuidadores que muestran escasas redes sociales, estado de salud regular y peor que hace un año atrás y que presentan molestias físicas (30).

CERQUERA, Ara; GRANADOS, Francisco y BUITRAGO, ANA. (2011). En Colombia investigaron: "Sobrecarga en cuidadores de pacientes con Demencia tipo Alzheimer". Se evaluaron 52 cuidadores. Los resultados arrojaron que el 65.4% no presenta sobrecarga, el 17.3% presenta sobrecarga leve, y el mismo porcentaje presenta sobrecarga intensa. Se determinó que los datos sociodemográficos, como el alto nivel de escolaridad, el elevado estrato socioeconómico y el parentesco están relacionados con la no sobrecarga (13).

ESPINOZA, Karina y JOFRE, Viviana. (2012). En Chile, investigaron: "Sobrecarga, Apoyo Social y Autocuidado en cuidador informales". El estudio fue descriptivo. Compuesta por 30 cuidadores informales, a quienes se les aplicaron cuatro instrumentos. Los cuidadores informales son: mujeres en un 60%, adultas, con pareja, con educación básica incompleta, sin trabajo ni participación social y con percepción

económica insuficiente, dedicando gran parte del día a cuidar, sin ayuda de terceros, con niveles de sobrecarga leve, escasa percepción de apoyo social y desarrollo de moderada capacidad de agencia de autocuidado (20).

PEREZ, Marta y CARTAYA Margarita. (2012). En Cuba, investigaron: “Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer”. El estudio incluyó a 100 cuidadores de adultos mayores con demencia leve y moderada. Entre las características socio-demográficas predominaron los cuidadores del sexo femenino, el grupo de edad entre 40 y 49 años y los cuidadores con grado de consanguinidad con el anciano. Además, predominó entre los cuidadores el estado civil casado y con vínculo laboral. La sobrecarga y la depresión experimentada por los cuidadores principales fueron elevadas. Las variables asociadas a la depresión y la sobrecarga fueron los cuidadores que no reciben apoyo y sus pacientes presentaban trastornos en los hábitos alimentarios (48).

ALDAMA, Gilberto y GUARINO, Leticia. (2012). En Venezuela, investigaron: “Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer”. La muestra fue de 300 cuidadoras de personas con demencia tipo Alzheimer fase II, divididas en 220 cuidadoras informales y 80 cuidadoras formales no profesionales. Los resultados más relevantes fueron que los cuidadores informales presentan mayores niveles de sobrecarga en comparación con las cuidadoras formales no profesionales. Esto se asoció a un mayor compromiso en la salud percibida de aquellas que específicamente presentaron mayores síntomas somáticos y de ansiedad. En cuanto a los estilos de afrontamiento, se encontró que las cuidadoras informales usan significativamente más afrontamiento emocional y menos afrontamiento racional y por desapego, que las cuidadoras formales no

profesionales, lo que lleva a comprometer más la salud de las primeras (2).

GARCÍA, Yuraima. y GARCÍA, Fanny . (2012). En Venezuela, investigaron: “Cuidado humano a la familia del adulto mayor con Alzheimer”. Los resultados fueron que los significantes de la investigación quienes fueron 02 mujeres y 02 hombres Miembros de la familia de los adultos mayores con Alzheimer mencionaron que han descuidado su vida personal, se enferman con mucha frecuencia pero no tienen tiempo para dedicarse a curarse ni asisten al control médico. También ha descuidado su hogar, esposo e hijos, pues está mucho tiempo con su familiar. A través de lo aportado por los sujetos significantes se percibe que han descuidado su propia salud, por dedicarse solo a cuidar a otros (25).

DEJO Mariela y LLANOS Roberto (2007). En Perú, estudió: “Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica”. La muestra estuvo compuesta por un total de 74 cuidadores familiares peruanos de ancianos con demencia. Se encontró que las variables “sentido de coherencia” y “sobrecarga” guardan una relación altamente significativa en forma inversa ($p < 0,01$) (16).

NAMUCHE, Mariela (2010). En Perú., investigó: Nivel de Información sobre Alzheimer y su relación con la sobrecarga psicofísica del Cuidador. El estudio fue descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 30 cuidadores directos de pacientes con Alzheimer. Los resultados obtenidos fueron que el 50% de los cuidadores presenta nivel de información medio, 40% nivel alto y 10% nivel bajo. Asimismo se evidencio que los cuidadores presenta una sobrecarga psicofísica intensa 56,67%, el 23,33% sobrecarga leve y el 20% no presento sobrecarga. Al relacionar las variables del estudio se

encontró, que el nivel de información tiene influencia altamente significativa con la sobrecarga psicofísica del cuidador ($p < 0.001$) (43).

Luego, de haber revisado las diferentes concepciones y modelos teóricos, sobre el afrontamiento y la sobrecarga en los cuidadores informales, es importante resaltar que son pocas las investigaciones que involucran o relacionan a las variables en estudio.

Autores como, Artaso, Biurrun y Goñi (2002), en España, citados por Cano, realizaron un estudio para describir las estrategias de afrontamiento empleadas por un grupo de 40 cuidadoras de personas que padecen demencia, en donde exponen que la estrategia dirigida a la búsqueda de apoyo social se situó como una de la más usadas, y entre la menos empleadas resultó ser, la huida-evitación. Las cuidadoras más jóvenes e hijas de los pacientes con mayor formación académica, utilizaban habilidades centradas en el problema como: la confrontación y la planificación. En el cual, la sobrecarga grave determinaba la mayor utilización de estrategias como la huida evitación, la aceptación de la responsabilidad y la confrontación (7).

Fátima Ben (2011), en España, realizaron un estudio sobre las estrategias de afrontamiento, participaron 7 cuidadores. Concluyeron que los cuidadores que se centran más en las emociones, presentan mayor sobrecarga; igualmente, los que suprimen las actividades de ocio o distracción para concentrarse de forma más completa en el cuidado presentan mayor sobrecarga; por el contrario, los que no aceptan el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real tienen mayor sobrecarga. Y, por último, los que logran desconectarse emocionalmente del estrés de ser cuidador presentan menor sobrecarga. Por otro lado, ser cónyuge aumenta la sobrecarga mientras que ser hijo la disminuye (8).

Nasser, Ibraheem, Ezzat, y Ebraheim (2011) citados por Torrealba, realizaron un estudio enfocado a los cuidadores de pacientes esquizofrénicos, con el fin de explorar las estrategias de afrontamiento y la carga que estos presentan, así como también, identificar la relación que pueda existir entre ellas. Obtuvieron como resultado, que el nivel de carga reportado por los cuidadores de pacientes esquizofrénicos fue alto, así como también, aclaró que la estrategia de afrontamiento más utilizada fue: escape-evitación. Esto indica que aquellas personas que utilizan este tipo de estrategias presentan mayores niveles de sobrecarga. Sin embargo, estos resultados pueden variar de acuerdo al contexto, por lo tanto, es necesario continuar profundizando el estudio de estas variables (58).

En las últimas décadas, la comunidad científica está muy interesada en conocer el impacto que ejercen los problemas de salud del paciente, sobre el cuidador. Por tal motivo se han desarrollado numerosos trabajos empíricos que demuestran por ejemplo, que el cuidar a una persona mayor con discapacidades es un proceso estresante, que aumenta el riesgo de problemas físicos y mentales y tiende a restringir la vida social del cuidador a la relación “cuidador-cuidado” (1) (56).

En nuestro país, es evidente la presencia de esta patología y las complicaciones que sufre el cuidador informal al dedicarse al cuidado de la persona con Alzheimer. Por eso, dada la dependencia originada por la enfermedad de Alzheimer, la atención global de enfermería, implica el cuidado no sólo del afectado en el ámbito hospitalario, sino también del cuidador informal y su familia en el ámbito comunitario.

Los resultados del presente estudio de investigación servirán de base a los profesionales de enfermería para identificar estrategias y diseñar programas de intervención específica que respondan a las necesidades y expectativas del cuidado holístico de la persona con Alzheimer, con un

abordaje del cuidado integral de la salud familiar a través de los cuidadores directos y así mejorar la calidad de vida de la persona con Alzheimer y su familia.

Los resultados también pueden ser utilizados en procesos de educación dirigidos a grupos de apoyo, pues cuanto más esté informado el cuidador informal sobre la enfermedad de Alzheimer, más estrategias de afrontamiento utilizarán para resolver los problemas que se le presente y tendrá mayor comprensión y aceptación al ver la evolución de la persona con Alzheimer quien amenaza en un franco deterioro conforme avanza la enfermedad y sus etapas.

Por todo lo expuesto, planteamos la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre las Estrategias de Afrontamiento y el Nivel de Sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el cuidador informal en el cuidador de la persona con Alzheimer.

Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador informal de la persona con Alzheimer.

Describir el perfil del cuidador informal: sexo, edad, parentesco, estado civil, grado de instrucción, tiempo de cuidado, del cuidador informal de la persona con Alzheimer.

HIPOTESIS

Hi: Las Estrategias de Afrontamiento están relacionadas significativamente con el Nivel de Sobrecarga en el Cuidador Informal de la persona con Alzheimer.

II.MATERIAL Y METODOS

2.1 MATERIAL

2.1.1 Población:

La población para el presente estudio estuvo constituido por 40 cuidadores informales diferentes de personas con Alzheimer atendidos en el Consultorio Externo de Neurología del Hospital Regional Docente de Trujillo. (Anexo N° 1)

2.1.2 Criterios de Inclusión:

Cuidador informal de una persona con Alzheimer que acudió por consultorio externo de Neurología en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Cuidador informal que se encontró en la etapa: Adulto Intermedio y Adulto Pre- Mayor.

Cuidador informal que tenga a su cuidado por más de 1 año a la persona con Alzheimer.

2.1.3 Criterios de Exclusión

Cuidador informal de una persona con Alzheimer y otras complicaciones: enfermedades terminales.

Cuidador informal de una persona con Alzheimer que no deseó participar en el estudio.

2.1.4 Universo Muestral

Se consideró al 100% de la población, por tratarse de una población pequeña.

2.1.5 Unidad de Análisis

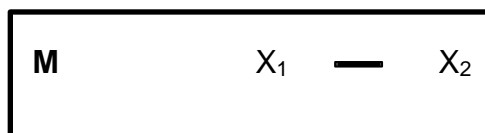
Cuidador informal

2.2 METODO

2.2.1 Tipo de Estudio y Diseño

El presente estudio de investigación es de tipo correlacional porque buscó determinar la relación entre las variables en estudio, y de corte transversal porque la recolección de los datos fue en un tiempo único (28).

Correspondiéndole el siguiente diseño:



DONDE:

M: Población de cuidadores informales de personas con Alzheimer

X_1 : Estrategias de Afrontamiento

X_2 : Sobrecarga.

2.2.2 Variables y Operacionalización de Variables

X₁: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Definición Conceptual:

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que el cuidador informal de la persona con Alzheimer utiliza en cada contexto. Para lograr una transición y adaptación efectiva (2) (33).

Definición Operacional:

Fue medida a través de 8 escalas primarias denominadas:

- **Resolución de problemas**

0 – 10 puntos: Poco o en Absoluto

11 – 20 puntos: Mucho o Totalmente

- **Reestructuración cognitiva**

0 – 10 puntos: Poco o en Absoluto

11 – 20 puntos: Mucho o Totalmente

- **Apoyo Social**

0 – 10 puntos: Poco o en Absoluto

11 – 20 puntos: Mucho o Totalmente

- **Expresión Emocional**

0 – 10 puntos: Poco o en Absoluto

11 – 20 puntos: Mucho o Totalmente

- **Evitación de Problemas**

0 – 10 puntos: Poco o en Absoluto

11 – 20 puntos: Mucho o Totalmente

- **Pensamiento Desiderativo**

0 – 10 puntos: Poco o en Absoluto

11 – 20 puntos: Mucho o Totalmente

- **Retirada Social**

0 – 10 puntos: Poco o en Absoluto

11 – 20 puntos: Mucho o Totalmente

- **Autocrítica**

0 – 10 puntos: Poco o en Absoluto

11 – 20 puntos: Mucho o Totalmente

Para la evaluación ordinaria de las Estrategias de Afrontamiento, se tienen en cuenta 40 ítems clasificados en 8 escalas: para determinar las estrategias más utilizadas se considera la suma de las puntuaciones y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será la estrategia de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia; y para determinar el número de estrategias más utilizadas se considera como estrategia utilizada aquella escala primaria con calificación de Mucho o Totalmente.

X₂: SOBRECARGA

Definición Conceptual:

Conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que puede experimentar el cuidador de la persona con Alzheimer como resultado del cuidado que brinda (12).

Definición Operacional:

Fue medida a través de la siguiente escala

No sobrecarga:	00 – 46 puntos
Sobrecarga leve:	47 – 55 puntos
Sobrecarga intensa:	56 – 88 puntos

COVARIABLES**✓ Sexo****Definición Conceptual:**

Condición por la que se diferencian los machos y las hembras en la mayoría de las especies de animales y vegetales superiores (40).

Definición Operacional:

Se operacionalizó con los siguientes criterios:

Masculino: Hombre

Femenino: Mujer

✓ Edad Adulta**Definición Conceptual:**

Aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras (38).

Definición Operacional:

Clasificación de la edad adulta según el Ministerio de Salud:

Adulto Joven: 20 – 24 años

Adulto Intermedio: 25 – 54 años

Adulto Pre – Mayor: 55 – 59 años

✓ Parentesco**Definición Conceptual:**

Vínculo, conexión, enlace por consanguinidad o afinidad (40).

Definición Operacional

Se operacionalizó de la siguiente manera:

Espos(a)

Hijo (a)

Otros

✓ Estado Civil**Definición Conceptual:**

Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles (40).

Definición Operacional:

Se operacionalizó con los siguientes criterios:

Soltero (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Viudo (a)

✓ **Grado de Instrucción**

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (40).

Definición Operacional

Se operacionalizó con los siguientes criterios:

Sin instrucción

Primaria

Secundaria

Superior

✓ **Tiempo de Cuidado**

Definición Conceptual

Es el periodo de tiempo que el cuidador se dedica por completo a brindar cuidados a la persona enferma.

Definición Operacional

Se operacionalizó de la siguiente manera:

1 – 3 años

4 – 6 años

6 años a más

2.2.3 Procedimientos para la recolección de datos

Inicialmente se solicitó la autorización del Director del Hospital Regional Docente de Trujillo, y de los médicos que atiende en consultorios externos de Neurología, para realizar el presente estudio de investigación. El procedimiento de recolección de información en el presente estudio de investigación se basó en la aplicación de 2 cuestionarios, para

el cuidador informal. Ambos instrumentos se aplicaron en el Consultorio Externo de Neurología del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante el mes de Diciembre del 2013. El primer instrumento sobre “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” se desarrolló durante 20 minutos. Y el segundo instrumento Nivel de sobrecarga, duró 10 minutos.

El primero denominado Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) desarrollada por Cano, Rodríguez y García (2007), está formulado, con el propósito de evaluar las estrategias de afrontamiento del cuidador informal de una persona con Alzheimer. La I parte Datos Informativos consta de 6 ítems, en el cual se describirá el perfil del cuidador: Sexo, Edad, Parentesco, Estado Civil, Grado de Instrucción y Tiempo de Cuidado. La II parte consta de 40 ítems con escala tipo Likert de cinco puntos, donde cada uno de los ítems se puntúa en una frecuencia que va desde 0 (En absoluto); 1(Un poco); 2(Bastante); 3 (Mucho); 4 (Totalmente). Será medida a través de las 8 escalas primarias denominadas: (10) (Anexo N°2)

- **Resolución de problemas:** Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que produce. Incluye los ítems: 01, 09, 17, 25 y 33. El puntaje comprendido entre 0 y 10 permite considerar que la persona utiliza poco o en absoluto la estrategia resolución de problema. El comprendido entre 11 y 20, indica que el sujeto emplea mucho o totalmente dicha estrategia (10) (57).
- **Reestructuración Cognitiva:** Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante. Incluye

los ítems: 06, 14, 22, 30 y 38. Del 0 al 10, indica la poca utilización de esta estrategia, y del 11 al 20 refleja totalmente utilización de esta estrategia (10) (57).

- **Apoyo Social:** Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional. Incluye los ítems: 05, 13, 21, 29 y 37. Del 0 al 10 indicará la poca utilización de la búsqueda de apoyo emocional, y del 11 al 20 indica que la persona emplea totalmente esta estrategia (10) (57).
- **Expresión Emocional:** Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés. Incluye los ítems: 03, 11, 19, 27 y 35. Del 0 al 10 indicará poca o absoluta inexpressión de sus emociones, y del 11 al 20 indicará una expresión total de sus emociones (10) (57).
- **Evitación de Problemas:** Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. Incluye los ítems: 07, 15, 23, 31 y 39. Del 0 al 10 indicará poca utilización de esta estrategia, y del 11-20 indica mayor utilización de evitación del problema (10) (57).
- **Pensamiento Desiderativo:** Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. Incluye los ítems: 04, 12, 20, 28 y 36. Del 0 al 10 indicará poco o absoluto pensamiento desiderativo, y del 11 al 20 indica que utiliza mucho o totalmente esta estrategia. (10) (57).
- **Retirada Social:** Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada a

la reacción emocional en el proceso estresante. Incluye los ítems: 08, 16, 24, 32 y 40. Del 0 al 10 indicará poca retirada social, y del 11 al 20 indica mayor retirada social (10) (57).

- **Autocrítica:** Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo. Incluye los ítems: 02, 10, 18, 26 y 34. Del 0 al 10 indicará poca ausencia de autocrítica, mientras que del 11 al 20 se consideró que el sujeto emplea mucho o exclusivamente la autocrítica (10) (57).

La escala de valoración de cada ítem fue: (A) = 0; (P) = 1; (B) = 2; (M) = 3; (T) = 4.

Al final de la escala se contestó a un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento, si bien este ítem no ofrece valores para la puntuación del cuestionario, se emplea como medida de análisis cualitativo.

El segundo instrumento es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, adaptado al español por Martín (1996) que mide el Nivel de sobrecarga y consta de 22 ítems. Para cada ítem se utilizó una escala de cinco valores, donde cada uno de los ítems se puntúa en una frecuencia que va desde 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre), con esto se obtiene una suma total de los puntos que están entre 22 y 110, que se puede interpretar según los resultados haciendo una aproximación al grado de sobrecarga observando si hay o no hay sobrecarga: no sobrecarga (menor de 46), sobrecarga leve (47 – 56) , y sobrecarga intensa (mayor de 57); (62) (34). (Anexo N°4)

2.2.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Se aplicaron los principios éticos en la realización de la presente investigación. Asimismo, se explicó a los participantes que los instrumentos que se les entregó eran anónimos, para eso se elaboró la ficha de Consentimiento Informado con el fin de proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. (Anexo N°6)

Confidencialidad

Con el presente estudio de investigación, el cuidador informal de la persona con Alzheimer, tuvo conocimiento que no compartiremos su identidad con nadie y la información que se recolectó a través de este estudio sería totalmente confidencial, los únicos que tendrían acceso a verla serían los bachilleres de enfermería responsables del presente estudio de investigación.

2.2.5 Método y Análisis de los datos

En el presente estudio de investigación, se construyó una base de datos en Excel 2010, resultado del registro de la información de los instrumentos aplicados: Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y Sobrecarga del Cuidador.

Luego se procedió a construir distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, concernientes a identificar las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Asimismo se construyó las respectivas gráficas de

barras para confrontar con los estudios realizados mencionados en los antecedentes.

Se construyó tablas de entrada (bidimensional), considerando las dos variables en estudio y se aplicó la tabla de contingencia para determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y niveles sobrecarga, y también se aplicó la prueba de Chi cuadrado (χ^2); utilizando el Software estadístico SPSS versión 21.0.

III. RESULTADOS

TABLA N°1

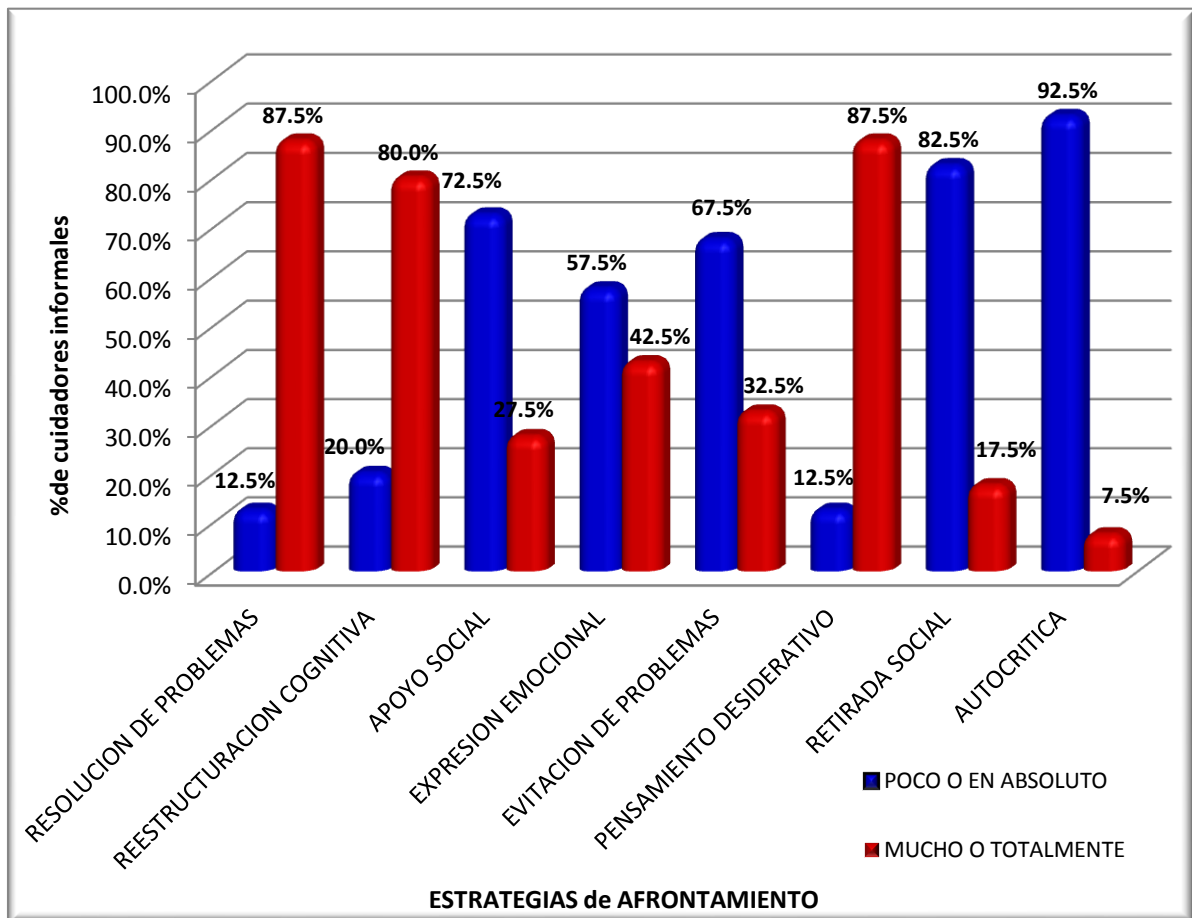
Distribución de las Estrategias de Afrontamiento de los Cuidadores Informales de la Persona con Alzheimer, Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.

RESOLUCION DE PROBLEMAS	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
POCO O EN ABSOLUTO	5	12.5%
MUCHO O TOTALMENTE	35	87.5%
REESTRUCTURACION COGNITIVA	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
POCO O EN ABSOLUTO	8	20%
MUCHO O TOTALMENTE	32	80%
APOYO SOCIAL	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
POCO O EN ABSOLUTO	29	72.5%
MUCHO O TOTALMENTE	11	27.5%
EXPRESION EMOCIONAL	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
POCO O EN ABSOLUTO	23	57.5%
MUCHO O TOTALMENTE	17	42.5%
EVITACION DE PROBLEMAS	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
POCO O EN ABSOLUTO	27	67.5%
MUCHO O TOTALMENTE	13	32.5%
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
POCO O EN ABSOLUTO	5	12.5%
MUCHO O TOTALMENTE	35	87.5%
RETIRADA SOCIAL	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
POCO O EN ABSOLUTO	33	82.5%
MUCHO O TOTALMENTE	7	17.5%
AUTOCRITICA	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
POCO O EN ABSOLUTO	37	92.5%
MUCHO O TOTALMENTE	3	7.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuesta Realizada

GRAFICO N°1

Distribución de las Estrategias de Afrontamiento de los Cuidadores Informales de la Persona con Alzheimer, Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.



FUENTE: Tabla N°1

TABLA N°2

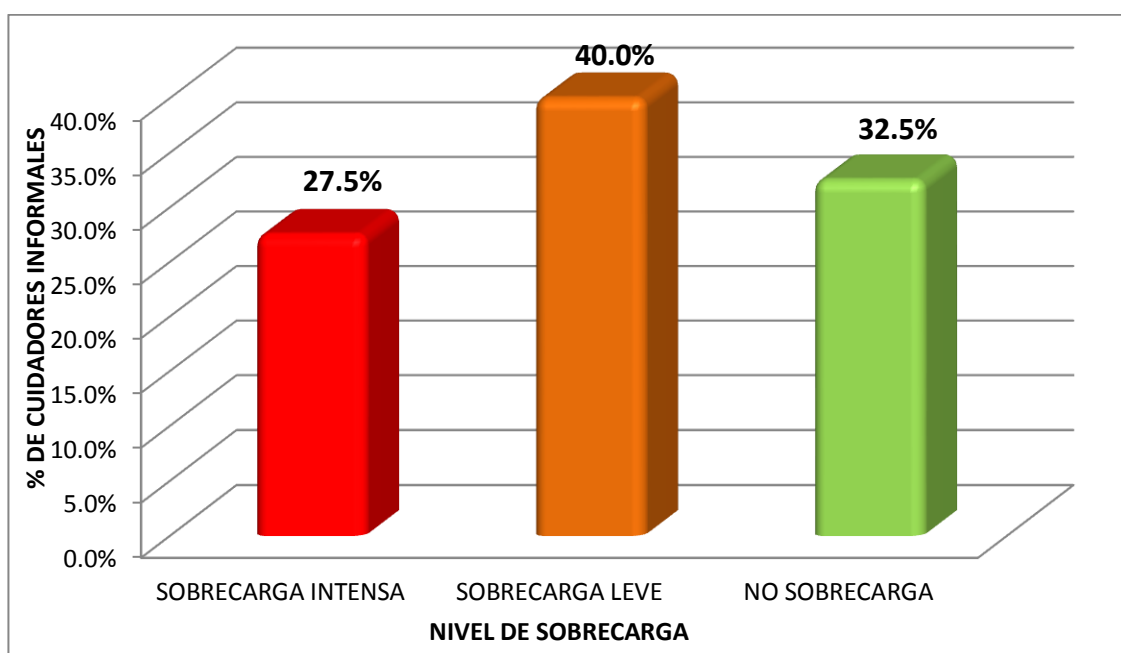
Distribución del Nivel de Sobrecarga de los Cuidadores Informales de la Persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.

NIVEL DE SOBRECARGA	Nº	%
SOBRECARGA INTENSA	11	27,5%
SOBRECARGA LEVE	16	40,0%
NO SOBRECARGA	13	32,5%
TOTAL	40	100,0%

FUENTE: Encuesta Realizada

GRAFICO N°2

Distribución del Nivel de Sobrecarga de los Cuidadores Informales de la Persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.



FUENTE: Tabla N°2

TABLA N°3

**Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga de los Cuidadores Informales de la persona con Alzheimer.
Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.**

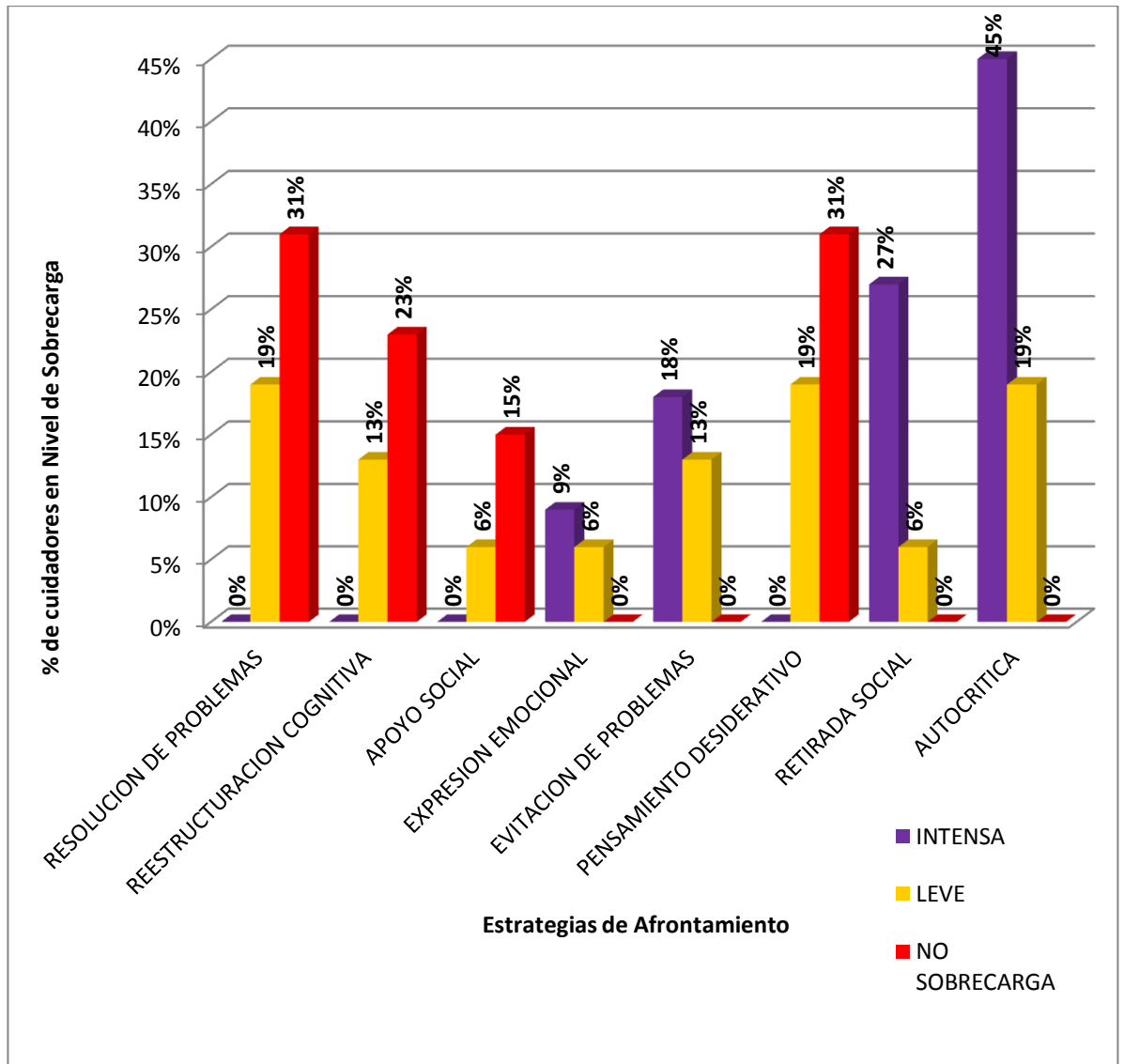
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	NIVEL DE SOBRECARGA					
	INTENSA		LEVE		NO SOBRECARGA	
	N°	%	N°	%	N°	%
RESOLUCION DE PROBLEMAS	0	0%	3	19%	4	31%
REESTRUCTURACION COGNITIVA	0	0%	2	13%	3	23%
APOYO SOCIAL	0	0%	1	6%	2	15%
EXPRESION EMOCIONAL	1	9%	1	6%	0	0%
EVITACION DE PROBLEMAS	2	18%	2	13%	0	0%
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	0	0%	3	19%	4	31%
RETIRADA SOCIAL	3	27%	1	6%	0	0%
AUTOCRITICA	5	45%	3	19%	0	0%
TOTAL	11	100%	16	100%	13	100%

FUENTE: Encuesta Realizada

$\chi^2 = 7.89$ **p-sig. = 0.037**

GRAFICO N°3

**Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga de los
Cuidadores Informales de la persona con Alzheimer. Hospital
Regional Docente de Trujillo 2013.**



Fuente: Tabla N°3

TABLA N°4

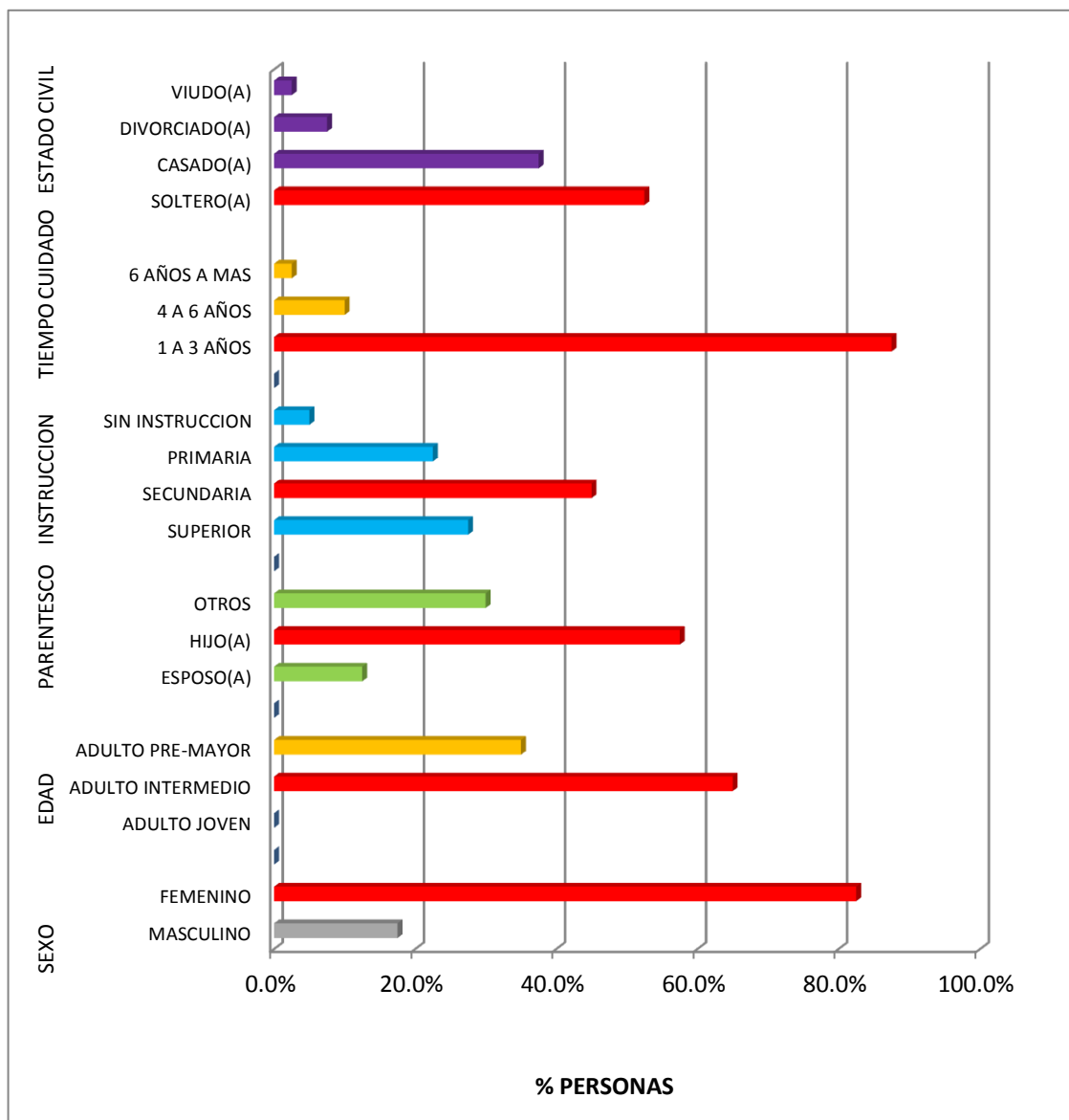
**Distribución de Cuidadores Informales de la Persona con Alzheimer,
según Sexo, Grupo de Edad Adulta, Parentesco, Grado
de Instrucción y Tiempo de Cuidado; Hospital
Regional Docente De Trujillo 2013.**

SEXO	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
MASCULINO	7	17,5%
FEMENINO	33	82,5%
GRUPO DE EDAD ADULTA	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
ADULTO JOVEN	0	0,0%
ADULTO INTERMEDIO	26	65,0%
ADULTO PRE-MAYOR	14	35,0%
PARENTESCO	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
ESPOSO(A)	5	12,5%
HIJO(A)	23	57,5%
OTROS	12	30,0%
ESTADO CIVIL	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
SOLTERO	21	52.5
CASADO	15	37.5
DIVORCIADO	3	7.5%
VIUDO	1	2.5%
TIEMPO DE CUIDADO	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
1 A 3 AÑOS	35	87,5%
4 A 6 AÑOS	4	10,0%
6 AÑOS A MAS	1	2,5%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº CUIDADORES	% CUIDADORES
SUPERIOR	11	27,5%
SECUNDARIA	18	45,0%
PRIMARIA	9	22,5%
SIN INSTRUCCIÓN	2	5,0%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuesta Realizada

GRAFICO N°4

**Distribución de Cuidadores Informales de la Persona con Alzheimer,
según Sexo, Grupo de Edad Adulta, Parentesco, Grado
de Instrucción y Tiempo de Cuidado; Hospital
Regional Docente De Trujillo 2013.**



Fuente: Tabla N°4

DISCUSIÓN

En la tabla N°1: Se observa las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores informales de la persona con Alzheimer, siendo las más utilizadas: Resolución de problemas (87.5%), Pensamiento Desiderativo (87.5%) y Restructuración Cognitiva (80%), en la categoría Mucho o Totalmente. Mientras que las estrategias menos utilizadas son: Autocrítica (92.5%), Retirada Social (82.5%), Apoyo Social (72.5%) Expresión Emocional (57.5%), Evitación de problemas (67.5%). Estos resultados lo podemos apreciar en el Gráfico N° 1.

No se han encontrado estudios similares al nuestro, sin embargo las estrategias de afrontamiento más empleadas por los cuidadores informales de la persona con Alzheimer como la resolución de problema y restructuración cognitiva, se asemejan a los resultados encontrados por Artaso, Goñi y Biurrun (2002), citado por Cano quienes obtuvieron que las formas de afrontar más utilizadas por las cuidadoras fueron: la planificación y la reevaluación positiva, denominaciones que poseen el mismo significado que la resolución de problema y restructuración cognitiva respectivamente (7).

Las estrategias menos utilizadas fueron: la autocrítica, retirada social y evitación de problema, resultados que se contraponen al estudio de Nasser, et al. (2011), quienes señalan que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia tienden a huir y evitar el problema, en cambio, los cuidadores de la persona con Alzheimer, ven el lado bueno de la situación, tratan de entender, que la enfermedad hace que el paciente tenga ese tipo de comportamiento, y en lugar de huir, actúan de manera diferente, realizando otras acciones, y así evitar pensar en el problema (58).

En relación al apoyo social en el presente estudio es una de las estrategias menos usada por los cuidadores de personas con Alzheimer,

resultados que difieren de los encontrados por Ruiz, B., et al. (2006) quienes encontraron que las cuidadoras ante una situación estresante han puesto en marcha estrategias cognitivas y conductuales como: la búsqueda de apoyo y la búsqueda de información. Asimismo, Espín (2008) encontró que los cuidadores en un 100% utilizaron la estrategia de apoyo social que engloba: búsqueda de información, búsqueda de ayuda por parte de familiares y búsqueda de ayuda de otras personas (54) (18).

Las estrategias de afrontamiento según Martín, D; Jiménez, P. y Fernández Abascal (1997), son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes, es decir, que son elementos que el cuidador dispone para tratar de amortiguar el posible impacto de la situación del cuidado (33).

El cuidador informal en numerosas ocasiones tiene que hacer frente a un abanico de problemas, los cuales dificultan la tarea del cuidado, puesto que se olvidan de identificar y cumplir con sus propias necesidades, viéndose afectada su vida social, su salud mental y sus hábitos de la vida cotidiana. Sin embargo para mantener sus propias capacidades físicas y mentales para concentrarse en la tarea de cuidar, deben cuidarse a sí mismos y utilizar distintas estrategias de afrontamiento, ya que de ellos depende tanto el bienestar del cuidador como de la persona cuidada (14) (16).

Las estrategias de afrontamiento son muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse varias de estas con éxito, ya que no existe una estrategia adaptativa única en todas las ocasiones, sino que éstas varían en función de los distintos objetivos de la persona (26).

En nuestros resultados observamos que la estrategia de Resolución de Problemas es utilizada mucho o totalmente por el cuidador informal,

este resultado probablemente se deba a que el cuidador informal es una persona hábil, creativa, luchadora, que dispone de una especial fortaleza, llamada resiliencia u optimismo, que les permite sobreponerse ante las situaciones adversas, buscando solución a los problemas que se les presenta día a día, con actitudes positivas.

Asimismo observamos que la Reestructuración Cognitiva es otra estrategia utilizada mucho o totalmente por el cuidador informal, como sabemos la atención de la persona con Alzheimer es desafiante para el cuidador, y al presentarse situaciones estresantes, el cuidador se centrará en cambiar las cogniciones angustiantes o contraproducentes por cogniciones que apoyen el comportamiento de adaptación y así poder reducir la ansiedad, la depresión y el estrés, aumentando de esta manera su calidad de vida.

Es por eso, que afrontar activamente los problemas se asociará con menores niveles de sobrecarga, mientras que la utilización de la estrategia evitación se asociará con mayores niveles de depresión, ansiedad, problemas de salud mental y con una mayor interferencia de la salud sobre las actividades de la vida cotidiana. Huir del problema puede contribuir a una reducción inicial del malestar, pero finalmente sólo consigue su ampliación (42).

En la tabla N°2, se observa la distribución del nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer, donde el 40.0%, tiene un nivel de sobrecarga leve, el 32.5% presenta un nivel de No sobrecarga y el 27.5%, tienen un nivel de sobrecarga intensa. Estos resultados lo podemos apreciar en el Gráfico N° 2.

No se han encontrado estudios un tanto similar al nuestro, sin embargo Navarro (2010) tiene un resultado cercano de un 26.09% en relación al nivel de No sobrecarga (45).

Estos hallazgos difieren del estudio realizado en España por Artaso, B; Goñi y BIURRUN (2003) quienes encontraron que el 79% de los cuidadores sufrían una sobrecarga intensa. La sobrecarga se veía determinada por la presencia de los síntomas que presenta la persona con Alzheimer, el menor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento «huida-evitación». Asimismo, en el estudio realizado por Cerquera, A. y col.; encontraron que el 65.4% de los cuidadores informarles no presentaron carga, el 17,3% presentó carga leve y el 17.3% presentó carga intensa (7) (13).

La sobrecarga según Roig, Abengózar y Serra (1998), es el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo. El cuidar a una persona con Alzheimer es muy estresante, y son los cuidadores que hacen tareas físicamente exigentes que hoy en día ocasionan manifestaciones severas de agotamiento, estrés, depresión, etc. (13) (43) (52).

Es así, que el cuidador informal va perdiendo paulatinamente su independencia, ya que el enfermo de Alzheimer cada día se vuelve más dependiente, haciendo que el cuidador se desatienda de sí mismo, no dedique el tiempo libre necesario para su ocio, abandone aficiones, etc., y el dedicarse las 24 horas del día al enfermo generará profundas reacciones afectivas y emocionales. Pues son los trastornos conductuales tales como alucinaciones, delirios, agresividad y vagabundeo, que más afectan y sobrecargan al cuidador (23) (49).

En la tabla N° 3, se muestra la relación de las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga; en el grupo de los cuidadores que tienen un nivel de sobrecarga “Intensa”, el 45% utilizan una estrategia de afrontamiento “Autocrítica” y el 27% utilizan una estrategia de “Retirada Social”. En el grupo de los cuidadores que tienen un nivel de sobrecarga

“Leve”, no hay una estrategia predominante, porque los porcentajes están repartidos entre ellas; sin embargo el 19% han utilizado una estrategia de afrontamiento “Resolución de Problemas”, “Pensamiento Desiderativo” y “Autocrítica”, respectivamente. En el grupo de los cuidadores que tienen un nivel de “No sobrecarga”, el 31% utilizan una estrategia de afrontamiento “Resolución de problemas” y “Pensamiento Desiderativo”, respectivamente, y el 23% utiliza una estrategia de “Reestructuración cognitiva”. Estos resultados se pueden apreciar en el gráfico N°4.

Además se muestra la prueba Chi-cuadrado para demostrar la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga del cuidador informal de la persona con Alzheimer, se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 7.89 con un p-valor de significancia de 0.037 ($p < 0.05$), por consiguiente existe una relación significativa entre Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga, con lo cual se demuestra la hipótesis de investigación.

El cuidador informal es un ser inteligente, activo, hábil y creativo para solucionar las situaciones que se le presenta en el día a día, traza metas y lucha para conseguirlas, utilizando estrategias de afrontamiento que influirán de manera positiva en su estado psicosocial, ayudará a prevenir las enfermedades y lo más importante, reducirá los niveles de sobrecarga, lo cual permitirá al cuidador informal adaptarse al progresivo deterioro de la persona con Alzheimer y mejorar la calidad de vida del paciente, aumentando su tasa de supervivencia.

En la tabla N°4, podemos determinar el perfil del cuidador informal de la persona con Alzheimer; la mayoría son de sexo femenino (82.5%), que tienen una edad adulta intermedio (65.0%), son solteros (52,5%), tienen un parentesco de hijo(a) de un 57.5% con el enfermo, teniendo solo grado de instrucción Secundaria (45.0%) y Superior (27.5%), y finalmente tienen

un tiempo de cuidado de 1 a 3 años (87.5%). Estos resultados lo podemos apreciar en el Gráfico N° 4.

De acuerdo a las covariables: sexo, parentesco y edad y grado de instrucción, los resultados hallados son similares a las investigaciones realizadas por Navarro A (2010), Pérez V (2009), Jofré, V. (2010), Espinoza, K. (2012), quienes afirman que entre las personas que cuidan, la mayor responsabilidad del cuidado lo asume la mujer en un 80-90%, y son las hijas mayormente quienes asumen el rol de cuidador que pertenecen a la edad adulta intermedia y pre- mayor, es decir, se encuentra entre los 25 y 59 años, con un grado de instrucción secundaria y superior (20) (30) (43) (49).

Sin embargo, los resultados de las covariables: estado civil y tiempo de cuidado, difieren de los estudios realizados por Espinoza, K. (2012), quien encontró que la mayoría de los cuidadores son casados, es probable que nuestros hallazgos difieran ya que, hoy en día los familiares que trabajan o tienen un hogar formado, deciden otorgar la gran responsabilidad del cuidado al miembro de la familia que se encuentre con menos obligaciones, en este caso, a la persona que sea soltera, y así evitar llevar una “carga” más a su hogar. Con respecto al tiempo de cuidado, los cuidadores en su mayoría llevaban entre 1 y 3 años en esta labor. Esta es una variable que se ha medido en diferentes estudios y se ha visto su influencia en el grado de aceptación y adaptación a la enfermedad de la persona cuidada que tiende a aumentar, a medida que transcurre el tiempo (20).

Dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de sus enfermos. A los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en esta tarea se les ha denominado “cuidador”, el cual es definido por Florez y Andeva (2006) citado por Turro como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o

incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (59).

Espín (2010) señala que en los estudios acerca de las características generales de los cuidadores informales de personas que sufren algún grado de dependencia por diferentes tipos de enfermedad, se ha hallado la coincidencia en que es una mujer entre 40 y 59 años, hija, que convive con el enfermo, casada y con hijos. Generalmente llega un momento dado en que el cuidador tiene que asumir la mayor parte de la responsabilidad del cuidado de la persona con Alzheimer y más aún cuando estas personas sufren un alto grado de dependencia son las mujeres, en su doble condición de mujer e hija quienes asumen la máxima responsabilidad del cuidado (19) (51).

IV. CONCLUSIONES

1. Las estrategias más utilizadas por los cuidadores informales de la persona con Alzheimer, en el Hospital Regional docente de Trujillo 2013; son las siguientes: Resolución de problemas (87.5%), Pensamiento Desiderativo (87.5%) y Reestructuración Cognitiva (80%).
2. El Nivel de Sobrecarga de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer, en el Hospital Regional Docente de Trujillo, presentaron sobrecarga leve en un 40.0%, el 32.5 % presentaron No sobrecarga y el 27.5% presentaron Sobrecarga Intensa.
3. Los cuidadores informales que presentan un nivel de sobrecarga “Intensa”; el 45% utilizan una estrategia de afrontamiento “Autocrítica” y el 27% utilizan una estrategia de “Retirada Social”. En el grupo de los cuidadores que presentan un nivel de sobrecarga “Leve”; no hay una estrategia predominante, porque los porcentajes están repartidos entre ellas; sin embargo el 19% de cuidadores han utilizado una estrategia de afrontamiento “Resolución de Problemas”, “Pensamiento Desiderativo” y “Autocrítica”, respectivamente. En el grupo de los cuidadores que presentan un nivel de “No sobrecarga”; el 31% utilizan una estrategia de afrontamiento “Resolución de problemas” “Apoyo Social” y “Pensamiento Desiderativo”, respectivamente, y el 23% utiliza una estrategia de “Reestructuración cognitiva” y “Autocrítica”.
4. El perfil del cuidador informal de la persona con Alzheimer son de sexo femenino un 82.5%, tienen una edad adulto intermedio 65.0%, tienen un parentesco de hijo(a) 57.5% con el enfermo, son solteros el 52.5 % con un grado de instrucción Secundaria el 45.0% y Superior el 27.5%, y que finalmente tienen un tiempo de cuidado de 1 a 3 años (87.5%).

V. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación se propone las siguientes recomendaciones:

1. Las instituciones de Salud deberán informar y capacitar al cuidador informal, de forma progresiva, sobre la enfermedad y sus posibles complicaciones, y ofrecerle los recursos sociales disponibles. Asimismo deberá generarse iniciativas de cambio en las instituciones con la creación y el fortalecimiento de programas de apoyo a la persona con Alzheimer y su familia – cuidador informal.
2. Seguir realizando estudios de investigación sobre las estrategias de afrontamiento relacionados con otras variables como edad, vínculo laboral, nivel educacional, en situaciones estresantes y la sobrecarga del cuidador informal. Es responsabilidad de todos tomar conciencia de que la situación que vive el cuidador en la vida privada merece ser atendido con más profundidad e individualidad.

VI.BIBLIOGRAFÍA

1. AFALcontigo. Los Cuidados Informales a un enfermo de Alzheimer: El Cuidador Familia. España. Graficas Arias Montano S.A 2006. [En línea] URL: https://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSMayores_Aula10Informal.PDF (consultado 20/09/2013).
2. ALDAMA, Gilberto; GUARINO, Leticia. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Summa Psicológica UST 2012: v.9, pág. 5-13.
3. ÁLVAREZ, Juan. Enfermedad de Alzheimer: estructura y dinámica familiar. European Journal of investigation in health psychology and education. España 2011. [en línea] URL: <http://www.ejihpe.es/index.php/journal/article/view/1/0>(Consultado 10/08/13)
4. AlzheimerUniversal. Perú tendrá Plan Nacional Alzheimer. Perú 2013. [En Línea] URL: www.alzheimeruniversal.eu/2013/05/15/peru-tendra-plan-nacional-alzheimer/. (Consultado 22/11/13)
5. ANTOINE, Micheline; TOLEDANO, Adolfo. Los cuidadores de enfermos de Alzheimer. España 2012. [en línea] URL: <http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad/actualidad/410-cuidadores-alzheimer-colabora-investigacion-domotica-asistencial>.(Consultado 09/04/2013)
6. ARANGO, Juan; FERNANDEZ, Sara; ARDILA, Alfredo. Las demencias. Aspectos Clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. México. Editorial El Manual Moderno 2008.

7. ARTASO, Begoña; GOÑI, Arantxa. y BIURRUN, Arantxa. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. ELSEVIER. España 2003. [en línea] URL: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v38n04a13050202pdf001.pdf> (Consultado 09/04/13).
8. BEN, Fatima. Estrategias de Afrontamiento en cuidadores de enfermos con Alzheimer. Artículo Original. Revista Psicología.com 2011; 15:67. URL: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1309/1203> (Consultado 16/11/13)
9. BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Médico-Quirúrgica. Décima Edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 2005, V-1, pág. 232 – 238
10. CANO, Francisco; RODRIGUEZ, Luis; GARCIA, Javier Adaptación española del Inventario de estrategias de Afrontamiento. España 2007. [En línea] URL: <http://personal.us.es/fjcano/drupal/?q=node/8> (Consultado 10/09/13).
11. CARRASCO, Manuel. Comprender la Enfermedad de Alzheimer. Primera edición. España. Amat editorial 2012
12. CARRETERO, Stephanie; GARCÉS, Jorge, RÓDENAS, Francisco. (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial. España. [En línea] URL: [http:// envejecimiento.csic.es/documentos/.../polibienestar-sobrecarga-02.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/.../polibienestar-sobrecarga-02.pdf) (Consultado 16/08/13)
13. CERQUERA, Ara; GRANADOS, Francisco; BUITRAGO, Ana. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Revista Psychologia. Colombia 2012. vol 6. (1) p. 35 – 45. [En Línea]

<http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/207>
(Consultado 17/10/2013)

14. DEL PINO, Rafael. Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes. Tesis Doctoral. España. Universidad de Jaén; 2009. [en línea] URL: <http://ruja.ujaen.es/handle/10953/453> (Consultado 12/09/13).
15. Deví, J., y Ruiz, I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. (2012) *Revista mult gerontología*, 12 (1), 31-37.
16. DEJO, Mariela y Llanos ROBERTO .Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. PERÚ 2007. Vol. 25(1)/pp 64-71.[en línea] URL: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/558>
(Consultado 05/10/13)
17. Estrategias De Afrontamiento En Cuidadores De Enfermos Dealzheimer 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011 [En Línea] URL: www.interpsiquis.com - Febrero-Marzo 2011Psiquiatria.com. (Consultado 24/06/13)
18. ESPIN, Ana. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública* 2008. v.34 n.3. versión On-line ISSN 0864-3466. [En Línea] URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662008000300008&script=sci_arttext (Consultado 09/03/14)
19. ESPÍN, Ana. Estrategia Para La Intervención Psicoeducativa En Cuidadores Informales De Adultos Mayores Con Demencia. Ciudad De La Habana. Tesis Doctoral. CUBA 2010. [En Línea]

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_ana_margarita_esp.in.pdf (Consultado 16/01/2014)

20. ESPINOZA, Karina Y JOFRE, Viviane. Sobrecarga, Apoyo Social Y Autocuidado En Cuidadores Informales. Chile 2012. CIENCIA Y ENFERMERÍA XVIII (2): 23-30. [En Línea] URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000200003&script=sci_arttext (Consultado 11/09/13)
21. EVERLY, George y LATTING, Jeffrey (1989) http://books.google.com.pe/books?id=wENVcfxt4BYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Consultado 09/09/13)
22. FAMILY CAREGIVER ALLIANCE; Enfermedad de Alzheimer's. Estados Unidos 2010. [en línea] URL: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=779 (Consultado 07/10/1013).
23. FERNANDEZ, Albert. Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona. ESPAÑA 2007. [En línea] URL: <http://www.tdx.cat/handle/10803/9333>. (Consultado 15/08/13)
24. FREITAS, Lara. Conviviendo con el portador de Alzheimer: perspectiva del familiar cuidador. Biblioteca virtual en saúde. Brasil 2008. [en línea] URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=492452&indexSearch=ID> (Consultado 08/06/13).
25. GARCIA, Yuraima; Cuidado humano a la familia del adulto mayor con Alzheimer. Portales médicos.com. Venezuela 2012. [en línea] URL: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4245/1/Cuidad>

o-humano-a-la-familia-del-adulto-mayor-con-Alzheimer.html

(Consultado 04/07/13).

26. GONZALES, Ana y PADILLA, Adriana. Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. University. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 501-509, octubre-diciembre de 2006. [En línea] URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e62d52b-300c-468f-a582-81c7445f878f%40sessionmgr4001&vid=16&hid=4104> (Consultado 12/03/14)
27. HERNANDEZ, Inés. Enfermedades como el Alzheimer no entienden de “Crisis”. España 2013. [En línea] URL: <http://www.comparteinnovacion.philips.es/tendencias-en-salud/enfermedades-como-el-alzheimer-no-entienden-de-crisis> (Consultado 06/11/13)
28. HERNANDEZ, Roberto; FERNANDEZ, Carlos; BAPTISTA, Pilar. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003. Página 270 - 273
29. INSTITUTO DE NEUROLOGIA COGNITIVA. Stress de los cuidadores de pacientes con Alzheimer y otras demencias. Argentina 2013. [en línea] URL: <http://www.neurologiacognitiva.org/pacientes/clinicas/itemlist/category/113-stress-de-los-cuidadores-de-pacientes-con-enfermedad-de-alzheimer-y-otras-demencia>. (Consultado 10/06/13).
30. JOFRÉ, Viviane; SANHUEZA, Olivia. Evaluación De La Sobrecarga De Cuidadoras/es Informales. Chile 2010. Revista de CIENCIA Y ENFERMERÍA XVI (3): 111-120. [En Línea] URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300012&script=sci_arttext (Consultado 23/09/13)

31. LAZARUS, Richard y FOLKMAN, Susan. (1984). Stress, appraisal and coping. URL: http://books.google.com.pe/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Consultado 14/01/14)
32. MARTIN, Manuel. Comprender la Enfermedad de Alzheimer. Edit. Amat. Barcelona 2012. Pág. 10 – 25; 107 – 125.
33. MARTIN, Dolores; JIMENEZ, Pilar, FERNANDEZ – ABASCAL, Enrique (1997). Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. España. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, vol 3 nº 4. [En línea] URL: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html> (Consultado 22/09/13)
34. MARTIN, M., SALVADO, I., NADAL, S., MIJI, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
35. MARTINEZ, Ana. ¿Qué sabemos de? Alzheimer. Primera Edición. España: Catarata 2009. [en línea] URL: http://books.google.es/books?id=A9S-DNxuX-wC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Consultado 09/09/13)
36. MATEO, Inmaculada ; MILLÁN, Almudena; GARCÍA, María; GUTIÉRREZ, Pilar; GONZALO, Elena; y LÓPEZ, Luis. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. ELSEVIER. España 2008. [en línea] URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/cuidadores-familiares-personas-enfermedad-neurodegenerativa->

perfil-aportaciones-11295-originales-2000?bd=1(Consultado 12/07/13).

37. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU. El 10% de la población adulta mayor sufre de Alzheimer. Perú 2009. [En línea] URL: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=7885. (Consultado 22/11/13)
38. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Atención Integral de Salud. Adulto. [En línea] URL: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/index.htm> (Consultado 24/11/13)
39. MOLINA, J. e IÑÉZ M. (2006). Cuidadores informales de enfermos de Alzheimer: factores influyentes en la sobrecarga. España.: Anales de Psiquiatría, vol 22 n°5. [En Línea] URL: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/neuropsiquiatria/demencias/tratamiento297/30177/> (Consultado 22/09/13)
40. MONREAL, José; MARTÍ, José y GISPERT, Carlos. Diccionario Enciclopédico Ilustrado - Océano Uno. España 1992.
41. MORENO, Ángel. Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. Revista PsicologíaCientífica.com. España 2008. [en línea] URL: <http://www.psicologiacientifica.com/alzheimer-repercusion-familiar/>(Consultado 11/08/13).
42. MUELA, José; TORRES, Carlos y PELAEZ, Eva. La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2001. Volumen 36(1): 41-45. [en línea] URL: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.um.es%2Fan>

alesps%2Fv18%2Fv18_2%2F09-18_2.pdf&ei=NU5gUpv9MZPE9gTntYCABQ&usg=AFQjCNE67csKazvkq72wudPaieoWpRerGw&sig2=XfUuokshLJ25s5lol5VTqw
(Consultado 11/09/13)

43. NAMUCHE, Mariela. Nivel de Información sobre Alzheimer y su Relación con la sobrecarga psicofísica del Cuidador. Hospital Regional Docente de Trujillo. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería]. UPAO. Perú 2010. Pág. 10-28.
44. NAVA, Carlos; OLLUA, Patricia; VEGA, Cynthia y SORIA Rocío (2010) Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación1 Psicología y Salud; Vol. 20, Núm. 2: 213-220. México [En Línea] URL: www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf. (Consultado 10/10/2013).
45. NAVARRO, Angustias. Relación entre Personalidad, Sobrecarga y Estrategias De Afrontamiento en Cuidadoras de Pacientes Mayores Dependientes en el área Hospitalaria Virgen Macarena De Sevilla. Nure Investigación 2011. N° 51. [En Línea] URL: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NUR E51_original_apocuid.pdf (Consultado 15/01/14)
46. PEINADO, ANA; GARCES, Enrique. BURNOUT en Cuidadores Principales de Pacientes con Alzheimer: El Síndrome del Asistente Desasistido. España 1998. [en línea] URL: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/31281> (Consultado 15/09/2013).
47. PELECHANO, Vicente. Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica: Revista Oficial de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, 10(1), 3-14. España

2005. URL: e-
spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/download/.../384
1 (Consultado 15/10/13)

48. PÉREZ Marta; CARTAYA Margarita; OLANO Barbara (2012) Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. Revista Cubana de Enfermería, vol.28 no.4. Cuba [En línea] URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400007(Consultado 21/09/13)
49. PEREZ, Víctor; DE LA VEGA, Tatiana; Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico “Ana Betancourt”. Revista Cubana de Medicina General Integral. v. 26 n. 2. Cuba 2010. [en línea] URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252010000200003&script=sci_arttext. (Consultado 05/06/13).
50. QUERALT, Monset. Cuidados al final de la vida de los mayores. [En línea] URL:
<http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/dependencia-cuidando-al-cuidador.shtml>. (Consultado 12/09/13)
51. RODRIGUEZ, Alfredo. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Psicología Online. España. [en línea] URL:
<http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>. (Consultado 11/08/13).
52. ROIG, Vicenta; ABENGOZAR, Carmen y SERRA, Emilia. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. DIGITUM. España 1998. [en línea] URL:
<http://hdl.handle.net/10201/10155>(Consultado 06/07/13).

53. ROMÁN, Montaña; ALCÁNTARA, Virginia; MORIENTES, Teresa; DE LORZA Nieves. Manual del Cuidador de Enfermos Alzheimer. Primera Edición. Editorial España. España 2005. Página 21.
54. RUIZ, Begoña; DE LORENZA, Elena y BASURTO, Salomé. Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. Revista Índex Enfermeria. España 2006. [En línea] URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200002 (Consultado 16/01/2014)
55. SANCHEZ, Pilar; DÍAZ, Juan; CUÉLLAR, Isabel; CASTELLANOS, Beatriz. La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales". España 2008 [En línea] URL: www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/.../idi24_07saludfisica.pdf (Consultado 17/10/2013)
56. TARTAGLINI, María, Ofman DEBORA y Stefani DORINA. Sentimiento de Sobrecarga y Afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. Revista Argentina de Clínica Psicológica; vol. XIX; n°3; pp 201-221-226. Argentina 2010. [En línea] <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798003.pdf> (Consultado 15/01/14)
57. TOBIN DL, HOLROYD KA, REYNOLDS RV, KIGAL JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. Cognit Ther Res 1989;13:343-61.
58. TORREALBA, Wuendy; YÉPEZ, Naireth. Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores/as informales de pacientes con insuficiencia renal crónica. Venezuela 2012. [En línea] URL:

<http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGRC918R4E882012.pdf> (Consultado 05/9/13).

59. TURRO, Oriol. Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador. Alzheimer: Realidades e Investigación en Demencia. España 2006. [en línea] URL: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0164.pdf>(Consultado 15/07/13).
60. VARGAS, Lina y PINTO, Natividad. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. Avances en enfermería. Colombia 2010. [en línea] URL: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_12.pdf(Consultado 06/07/13).
61. VEGA, Olga y GONZALES, D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica, Revista electrónica cuatrimestral de enfermería 2009, 16, 1-11. [En línea] URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000200021&script=sci_arttext. (Consultado 10/09/13)
62. ZARIT SH, Toseland RW. Current and future direction in family caregiving research. Gerontologist 1989; 29:481-3.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DE PERSONAS CON ALZHEIMER ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – DICIEMBRE 2013

N°	SERVICIO	N° HCL	EDAD	MES	AÑO
1	Neurología	1103623	89	Enero	2013
2	Neurología	1127646	70	Enero	2013
3	Neurología	354730	96	Enero	2013
4	Neurología	422479	83	Enero	2013
5	Neurología	853127	84	Enero	2013
6	Neurología	88282	89	Enero	2013
7	Neurología	89660	93	Enero	2013
8	Neurología	180389	57	Enero	2013
9	Neurología	1049389	93	Febrero	2013
10	Neurología	1142067	81	Febrero	2013
11	Neurología	349576	83	Febrero	2013
12	Neurología	1106421	80	Marzo	2013
13	Neurología	1120212	78	Marzo	2013
14	Neurología	1142067	81	Marzo	2013
15	Neurología	236713	62	Marzo	2013
16	Neurología	258793	83	Marzo	2013
17	Neurología	2946	84	Marzo	2013
18	Neurología	340696	82	Marzo	2013
19	Neurología	354730	96	Marzo	2013
20	Neurología	405166	86	Marzo	2013
21	Neurología	580516	88	Marzo	2013
22	Neurología	64400	45	Marzo	2013
23	Neurología	721672	86	Marzo	2013
24	Neurología	1073452	85	Marzo	2013
25	Neurología	1130860	72	Marzo	2013

N°	SERVICIO	N° HCL	EDAD	MES	AÑO
26	Neurología	1144171	72	Marzo	2013
27	Neurología	364731	84	Marzo	2013
28	Neurología	1060563	90	Abril	2013
29	Neurología	1146395	85	Abril	2013
30	Neurología	1146490	72	Abril	2013
31	Neurología	43602	79	Abril	2013
32	Neurología	720162	90	Abril	2013
33	Neurología	85886	74	Abril	2013
34	Neurología	988285	65	Mayo	2013
35	Neurología	656325	86	Mayo	2013
36	Neurología	1127646	70	Junio	2013
37	Neurología	1133348	91	Junio	2013
38	Neurología	295996	96	Junio	2013
39	Neurología	69400	85	Junio	2013
40	Neurología	1153573	81	Junio	2013

ANEXO 2
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Autor: Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989)

Adaptado al Español: Cano y cols. (2007)

I. DATOS INFORMATIVOS

Marque con "X"

➤ **Sexo**

Femenino ☐

Masculino ☐

➤ **Edad**

..... años

➤ **Parentesco**

Esposo (a) ☐

Hijo (a) ☐

Otros ☐

➤ **Estado Civil**

Soltero (a) ☐

Casado (a) ☐

Divorciado (a) ☐

Viudo (a) ☐

➤ **Grado de Instrucción**

Sin Instrucción ☐

Primaria ☐

Secundaria ☐

Superior ☐

➤ **Tiempo de Cuidado**

1 a 3 años ☐

4 a 6 años ☐

6 años a más ☐

II. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Antes de que Ud. empiece a responder el siguiente cuestionario, cuéntenos una situación estresante que haya vivido con la persona de Alzheimer y luego piense durante unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Enseguida, responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

En absoluto (A); Un poco (P); Bastante (B); Mucho (M); Totalmente (T).

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

	A	P	B	M	T
1. Luché para resolver el problema					
2. Me culpé a mí mismo					
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés					
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado					
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado					
8. Pasé algún tiempo solo					

	A	P	B	M	T
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché					
11. Expresé mis emociones, lo que sentía					
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase					
13. Hablé con una persona de confianza					
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15. Traté de olvidar por completo el asunto					
16. Evité estar con gente					
17. Hice frente al problema					
18. Me critiqué por lo ocurrido					
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir					
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación					
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano					
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más					
24. Oculté lo que pensaba y sentía					
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
26. Me reocriminé por permitir que esto ocurriera					
27. Dejé desahogar mis emociones					

	A	P	B	M	T
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido					
29. Pasé algún tiempo con mis amigos					
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					
31. Me comporté como si nada hubiera pasado					
32. No dejé que nadie supiera como me sentía					
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería					
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron					
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto					
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas					
39. Evité pensar o hacer nada					
40. Traté de ocultar mis sentimientos					
Me consideré capaz de afrontar la situación					

ANEXO 3
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
ESCALA DE VALORACIÓN
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Autor: Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989)

Adaptado al Español: Cano y cols. (2007)

III. DATOS INFORMATIVOS

Marque con “X”

➤ **Sexo**

Femenino ☐

Masculino ☐

➤ **Edad**

..... años

➤ **Parentesco**

Esposo (a) ☐

Hijo (a) ☐

Otros ☐

➤ **Estado Civil**

Soltero (a) ☐

Casado (a) ☐

Divorciado (a) ☐

Viudo (a) ☐

➤ **Grado de Instrucción**

Sin Instrucción ☐

Primaria ☐

Secundaria ☐

Superior ☐

➤ **Tiempo de Cuidado**

1 a 3 años ☐

4 a 6 años ☐

6 años a más ☐

II. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Antes de que Ud. empiece a responder el siguiente inventario, cuéntenos una situación estresante que haya vivido con la persona de Alzheimer y luego piense durante unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Enseguida, responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0= En absoluto (A); 1= Un poco (P); 2= Bastante (B); 3= Mucho (M); 4= Totalmente (T).

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

	A	P	B	M	T
1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4

	A	P	B	M	T
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me reocriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4

	A	P	B	M	T
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

ANEXO 4

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Autor: Zarit (1980)

Adaptado por Martín y cols (1996)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a una persona con Alzheimer. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca (N); 1=Rara vez (RV); 2=Algunas veces (AV); 3=Bastantes veces (BV); 4=Casi siempre (CS)

	N	RV	AV	BV	CS
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3. ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familiar?					

	N	RV	AV	BV	CS
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					

	N	RV	AV	BV	CS
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

ANEXO 5

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Autor: Zarit (1980)

Adaptado por Martín y cols (1996)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a una persona con Alzheimer. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca (N); 1=Rara vez (RV); 2=Algunas veces (AV); 3=Bastantes veces (BV); 4=Casi siempre (CS)

	N	RV	AV	BV	CS
23. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
24. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4
25. ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
26. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
27. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
28. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familiar?	0	1	2	3	4

	N	RV	AV	BV	CS
29. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
30. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	0	1	2	3	4
31. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
32. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
33. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
34. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
35. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
36. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
37. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
38. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
39. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
40. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
41. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4

	N	RV	AV	BV	CS
42. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
43. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
44. Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

ANEXO 6

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Identificado (a) con DNI N°.....después de haber recibido la información acerca de la investigación a realizar por los Bachilleres en Enfermería Edward Chacón y Lucero Valverde; acepto ser entrevistado(a) y llenar los instrumentos, con el fin de contribuir a la investigación sobre **Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente De Trujillo, 2013**; el día y la hora que se acuerde, cuyo tiempo para su resolución del mismo será de aproximadamente 30 minutos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, y por el cual no recibiré ningún beneficio directo como resultado de mi participación ya que es totalmente voluntario y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Además recibo como garantía que la información será tratada con criterio y con confidencialidad y nuestra identidad en el anonimato.

Entiendo que: Los resultados de la información se me serán proporcionados si los solicito.

Trujillo,.....de.....del 2013

Sr(a).....

DNI N°.....

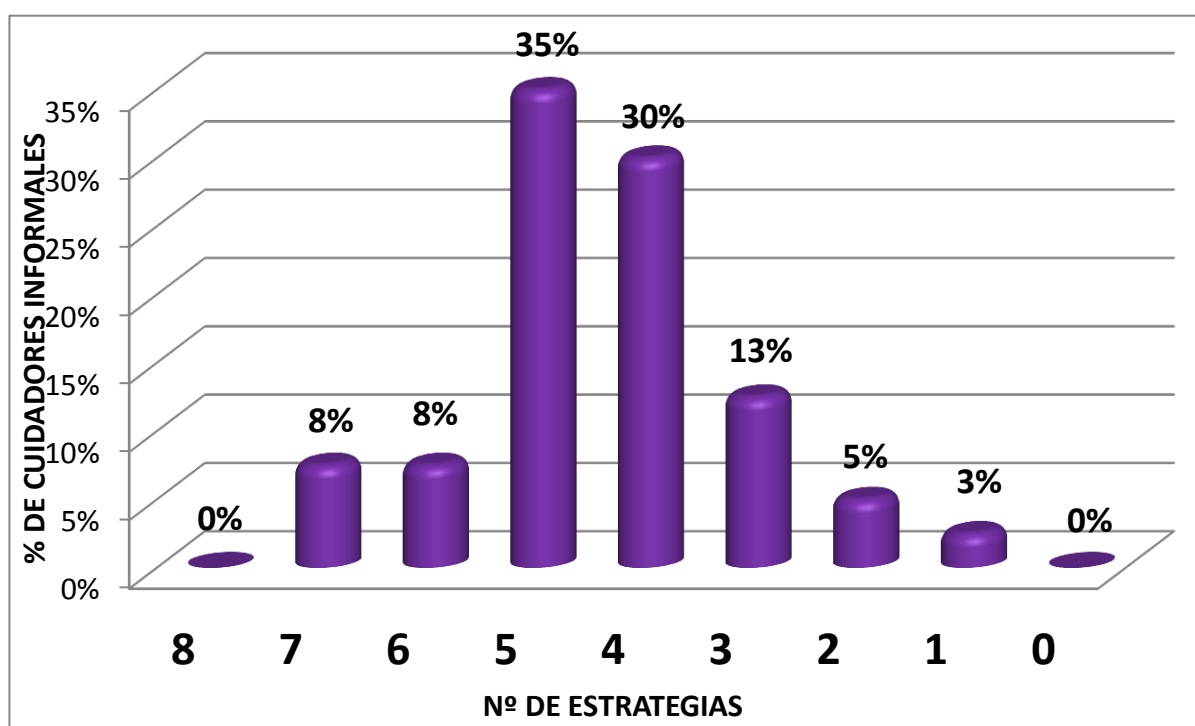
Lucero Valverde
DNI N° 46407337

Edward Chacón
DNI N° 45809940

ANEXO 7

GRAFICO N° 1

Distribución de las Estrategias de Afrontamiento más Usadas de los cuidadores informales de la persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.



FUENTE: Encuesta Realizada

ANEXO 8

TABLA N° 1

Prueba de correlación de Sperman Estrategias de Afrontamiento vs Nivel de Sobrecarga, cuidadores informales de la persona con Alzheimer; Hospital Regional Docente de Trujillo 2013

		ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	NIVEL DE SOBRECARGA
Rho de Spearman	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,031
		N	40
	NIVEL DE SOBRECARGA	Coeficiente de correlación	-0,687
		Sig. (bilateral)	0,031
		N	40

FUENTE: Encuesta Realizada